UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1914 **THÈSE** N°

PRESENTEE POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Contribution à l'Etude

DE

Quelques Phénomènes Aphasiques

Travail de la Clinique des maladies du système nerveux
et du Quartier des Aliénés
Hospice général de Nantes

PAR

P. DENÈS

Né à Nantes, le 17 août 1886

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR CH. ACHARD

IMPRIMERIE DES THESES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e Ar^t).
1914

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUÉNU. RECLUS. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR. PINARD. RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
ALGLAVE	GUENIOT	LEREBOULLET	RIBIERRE
BERNARD	GUILLAIN	LERI.	RICHAUD
BRANCA	JEANNIN	LOEPER	ROUSSY
BRUMPT	JOUSSET André	MAILLARD	ROUVIÈRE
CAMUS	LABBÉ Henri	MOCQUOT	SAUVAGE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE.	MULON	SCHWARTZ
CHAMPY	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHEVASSU	LECÈNE	NOBÉCOURT	TANON
COUVELAIRE	LEMIERRE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	OMBRÉDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY	VILLARET
GREGOIRE	RETTERER		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MA TANTE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MES PREMIERS MAITRES

MESSIEURS LES MÉDECINS ET PROFESSEURS DE L'HOPITAL MARITIME ET DE L'ECOLE ANNEXE DE MÉDECINE NAVALE DE BREST

MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL SALAÜN (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DIRECTEUR DUVAL

MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF PFIHL

MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL LUCAS

MONSIEUR LE MÉDECIN DE PREMIÈRE CLASSE LAFOLIE

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

Particulièrement :

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. BUREAU

Professeur d'Anatomie

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROUXEAU

Professeur de Physiologie

MONSIEUR LE DOCTEUR BAHUAUD

Chef des Travaux pratiques d'Anatomie

MONSIEUR LE DOCTEUR LE MEIGNEN

Chef des Travaux pratiques de Physiologie

dont nous avons eu l'honneur d'être le préparateur (1910-1912)

AUX MAITRES QUI M'ONT INSPIRÉ CETTE THÈSE

Monsieur le Professeur MIRALLIÉ

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Médecin des Hôpitaux
Professeur de Pathologie médicale
et de Clinique neurologique
Directeur de l'École de Médecine de Nantes

Monsieur le Docteur R. BENON

Ancien Interne de la Clinique des Maladies mentales
et de l'Encéphale de la Faculté de Paris
Médecin de l'Hospice général de Nantes (Quartier des Aliénés)
Lauréat de l'Académie de Médecine

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE NANTES

Monsieur le Docteur ALLAIRE

Monsieur le Docteur CHASTENET DE GÉRY

(Stage 1908-1909)

Monsieur le Professeur DIANOUX

Monsieur le Docteur GUILBAUD

(Externat 1909-1910)

Monsieur le Docteur ALLAIRE

Monsieur le Docteur JOUON

(Externat 1910-1911)

Monsieur le Docteur A. MONNIER

Monsieur le Docteur MAHOT

(Internat 1911-1912)

Monsieur le Docteur BENON

Monsieur le Professeur MIRALLIE

(Internat 1912-1913)

Monsieur le Docteur LÉQUYER

Monsieur le Professeur OLLIVE

(Internat 1913-1914)

A MES MAITRES DE PARIS

Monsieur le Docteur BOURGUIGNON

Monsieur le Docteur LAQUERRIÈRE

Monsieur le Docteur AGASSE-LAFONT

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur Ch. ACHARD

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital Necker

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

L'aphasie est certainement une des questions les plus complexes et les plus obscures de la pathologie nerveuse et mentale.

Les controverses qu'elle a déchaînées, les théories qui ont été proposées, les innombrables faits qui ont été signalés n'y ont apporté que peu de lumière, mais l'ont en revanche compliquée comme à plaisir.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter dans ce travail une nouvelle solution au problème : nous avons voulu simplement l'exposer, faire une sorte de clinique sur l'aphasie et ses formes en utilisant les malades que nous avons pu suivre et étudier dans les Hôpitaux de Nantes, tout particulièrement dans le service des maladies nerveuses et dans le service des aliénés hommes de l'Hospice général Saint-Jacques.

Nous avons donc été amené à limiter notre étude à quelques points particuliers.

Après un exposé rapide de l'histoire et des doctrines nous aborderons l'étude clinique de l'aphasie, nous en

montrerons chez quelques malades la symptomatologie et l'évolution.

Les troubles des facultés musicales ou amusies qu'il est logique de rattacher aux aphasies feront l'objet d'un chapitre spécial.

Enfin, à l'aide des matériaux que nous avons pu réunir, nous ferons le diagnostic différentiel et nous montrerons les principales erreurs à éviter.

Quand nous avons présenté au concours pour le prix de clinique de l'Ecole de Médecine de Nantes le mémoire qui fait le fond de cette thèse, nous disions :

« Depuis déjà plusieurs années, nous pourrions dire depuis notre entrée à l'Ecole de Nantes, M. le Professeur Mirallie a bien voulu s'intéresser à nous et être notre maître en neuropathologie. C'est lui qui nous a inspiré ce mémoire pour lequel il ne nous a pas ménagé les conseils.

« M. le docteur Benon, médecin adjoint du quartier des aliénés, a été notre guide éclairé et bienveillant dans l'étude des maladies mentales et de la psychiâtrie ; c'est dans son service et sous sa direction que plusieurs de nos observations ont été prises. »

Nous n'avons rien à changer à ces lignes, sinon que depuis un an qu'elles ont été écrites, nous avons encore augmenté la dette de reconnaissance que nous avions envers ces deux excellents maîtres. Nous leur joindrons M. le Docteur Allaire, qui fut notre premier maître à l'Hôtel-Dieu de Nantes et sut nous intéresser à l'élec-

trothérapie et à la radiographie : nous n'oublierons ni sa bienveillance ni les excellentes leçons que nous avons reçues de lui.

Mais, si intéressante que soit l'étude des spécialités, il ne faut pas oublier que sans médecine générale il n'est pas de médecin, aussi gardons-nous le meilleur souvenir de nos stages dans les services médicaux de l'Hôtel Dieu : à M. le Docteur Léquyer, à M. le Professeur Ollive nous exprimons ici toute la reconnaissance que nous leur gardons et de l'intérêt qu'ils nous ont témoigné et de l'instruction clinique qu'ils nous ont donnée.

Mais, si ce nous est un agréable devoir de remercier ici nos maîtres des Hôpitaux de Nantes, nous ne pouvons oublier ceux qui ont guidé nos premiers pas dans l'étude des sciences médicales : MM. les Médecins et Professeurs de l'hôpital et de l'Ecole de médecine navale de Brest, et particulièrement notre cher et regretté maître, M. le Docteur Salaun.

Nous n'aurons garde d'oublier les quelques maîtres que nous avons eus à Paris : M. le Docteur Bourguignon, pour l'accueil si bienveillant qu'il nous a fait dans son laboratoire d'électrothérapie de la Salpêtrière, M. le Docteur Laquerrière, chef du service de radiographie à l'hôpital de la Pitié, M. le Docteur Agasse-Lafont ont droit à toute notre gratitude.

HISTORIQUE

Il n'y a pas de maladies nouvelles : depuis que l'homme existe, ses maux et ses souffrances ont été les mêmes, mais il y a des maladies nouvellement reconnues et étudiées, nouvellement séparées de quelque autre avec qui les confondaient les temps écoulés.

Il est donc légitime, lorsque deux entités morbides confondues ont été séparées, il est légitime de rechercher à la lueur des connaissances nouvelles, si on ne trouve pas dans les anciens auteurs quelques traces de cette maladie.

Ces recherches pathologiques rétrospectives, cette sorte d'archéologie médicale, ne sont pas sans charmes et quelquefois sans utilité.

L'aphasie n'a pas échappé à la règle générale.

Dès qu'elle eut conquis son droit de cité dans la médecine, des chercheurs, que ne poussaient pas toujours l'amour pur de la science, compulsèrent les anciens auteurs et y surent découvrir mille traces de l'aphasie ; ce ne fut pas chez les médecins qu'ils trouvèrent le plus riche butin ; philosophes, historiens, poètes, prophètes même

vinrent apporter leur involontaire contribution à l'étude de l'aphasie dans le passé.

Ferrand cite Hérodote et Saint-Grégoire de Nysse, Brissot cite Platon, Thucydides, Suétone, Isaïe et Homère.

Nous laissons bien volontiers à ces deux auteurs la responsabilité de leurs assertions que nous nous sommes bien gardé de vérifier.

Nous nous dispenserons aussi de parler de Schenkius, bien qu'en 1585 ce vénérable auteur ait observé des malades qui ne pouvaient plus parler « etiam non præsente linguæ paralysi ».

Rappelons que Gall, le fameux inventeur de la phrénologie, avait localisé le siège de la parole dans les lobules antérieurs du cerveau, mais sa doctrine manquait d'une base scientifique solide. Cependant Kussmaul lui décerna le titre de « père de la localisation de la parole » et Bouillaud, de 1825 à 1827, soutint cette localisation vivement discutée.

Lordat, doyen de la Faculté de Montpellier, qui devait être plus tard frappé lui-même d'aphasie, distingua en 1823 trois formes : l'amnésie verbale, l'asynergie verbale, la paramnésie qui n'étaient autres que l'aphasie sensorielle, l'aphasie motrice et la paraphasie modernes.

Mais jusque là, aucune constatation sérieuse n'était venue appuyer ces théories, et l'étude scientifique de l'aphasie ne commença qu'à Broca pour l'anatomie pathologique, à Trousseau pour la clinique.

Il faut bien mentionner, plus à cause de leur défenseur qu'à cause d'eux-mêmes, les mémoires de Marc et Georges Dax, ces obscurs médecins de Sommières (Gard) ayant trouvé pour les sortir de l'ombre la voix autorisée du professeur Grasset.

Bernard dans sa thèse de 1885, leur consacre tout un chapitre d'historique : c'est un modèle de réquisitoire bourré de faits et de dates, âpre, incisif, souvent injuste.

En somme, Marc Dax, en 1836, dans son mémoire sur « les lésions de la moitié gauche de l'encéphale coïncidant avec l'oubli des signes de la pensée » posait ce principe que « lorsque cette mémoire (la mémoire verbale) est altérée par une maladie du cerveau, il faut chercher la cause dans l'hémisphère gauche ». C'était évidemment bien vague, mais Dax avait cependant ouvert la voie à l'anatomie pathologique ; quant à Georges Dax, il ne fit que reproduire les idées de son père et construisit une sorte de phrénologie spiritualiste dirigée contre l'athéisme et le matérialisme.

Ces deux mémoires passèrent à peu près inaperçus aussi bien à Montpellier qu'à Paris, et il semble établi que Broca les ignorait quand il présenta en 1861, à la société d'anthropologie de Paris, la célèbre observation de Leborgne, dit Tan et en 1869 avec Ange-Duval (de Brest) 3 nouvelles observations d'aphasie traumatique. En 1865, dans un mémoire célèbre, il établit que le centre de la parole articulée se trouve dans le pied de la 3e circonvolution frontale gauche. Peter et Vulpian firent des réserves sur cette localisation et donnèrent l'insula comme centre du langage parlé.

Pendant que Broca établissait ainsi l'anatomie pathologique de l'aphasie, Trousseau, dans ses cliniques de l'Hôtel-Dieu, en 1862, la définissait l'impossibilité de traduire sa pensée par des mots, malgré l'intégrité des organes phonateurs, en établissait la symptomatologie et du premier coup, traçait de l'aphasie un tableau clinique auquel ses successeurs n'eurent que bien peu à changer.

Mais les auteurs anglais n'admirent pas complètement l'aphasie ainsi décrite, qu'ils nommèrent aphasie ataxique, ils lui opposèrent l'aphasie amnestique, qui comcomprenait la paraphasie et la jargonaphasie; ils nièrent la localisation dans le pied de la 3e frontale et apportèrent des cas de lésions temporailes. Ce fut l'œuvre de Jakson (1864), Popham (1868), Ogle (1868) qui décrivit l'agraphie, Bastian (1889) qui entrevit la surdité verbale.

Wernicke, en 1874, Kussmaul, en 1876, commencèrent une nouvelle période en décrivant, à côté de l'aphasie de Broca ou aphasie d'expression, l'aphasie de compréhension, c'est-à-dire l'aphasie sensorielle, et Wernicke attache son nom au centre auditif verbal, situé à la partie postérieure de la première circonvolution temporale gauche, tandis que Kussmaul créait la cécité verbale localisée par Déjerine en 1881, dans le pli courbe du côté gauche.

En 1881 aussi, Exner créait le centre graphique au pied de la 2me circonvolution frontale gauche.

Donc, depuis vingt ans que Broca avait décrit la lésion de la troisième frontale, quatre centres avaient

été créés et plus ou moins exactement localisés.

Restait à savoir comment ces centres fonctionnaient, autrement dit à faire la psychochysiologie du langage.

Cette étude fut en grande partie l'œuvre de Charcot et de ses élèves, Bernard, G. Ballet, Brissaud, Marie : ils élargirent le cadre de l'aphasie, en la définissant comme « toutes les modifications que peut présenter dans les conditions pathologiques la faculté que possède l'homme d'exprimer sa pensée par des signes », ils admettent qu'au début de la vie les différents centres sont étroitement solidaires les uns des autres, mais qu'ils acquièrent ensuite leur autonomie. Chaque individu dans son mode de penser emploie plus spécialement tel ou tel centre, il sera donc, selon ce centre, auditif, moteur, visuel, graphique ou indifférent. Ce fut la doctrine défendue par Gilbert Ballet dans sa thèse d'agrégation (1886).

La lésion d'un centre n'entraîne qu'un symptôme toujours le même, mais suivant la catégorie dans laquelle se range le malade la lésion entraînera par retentissement des phénomènes variables.

Tandis que l'Ecole de la Salpêtrière soutenait l'autonomie des centres, une autre école soutenait, surtout en Allemagne, que les centres restaient, même à l'âge adulte, subordonnés les uns aux autres, mais si Wernicke accordait la prédominence au centre auditif, Magnan l'accordait au centre moteur d'articulation.

Le professeur Déjerine se rallia lui aussi à l'école allemande ; dans divers travaux, avec le docteur Mirallié, il montra que la distinction exposée dans la thèse

d'agrégation de Gilbert Ballet était toute artificielle et qu'en général nous sommes tous auditivo-moteurs ; il décrivit les aphasies sous-corticales ou aphasies pures, et nia l'existence d'un centre graphique.

Si la psychophysiologie du langage était ainsi discutée, sa pathologie l'était aussi par contre-coup, et se compliquait d'autant que chacun voulait apporter sa contribution à cette étude ; la clinique de l'aphasie trébuchait à chaque pas sur des faits particuliers et contradictoires, souvent dus à des observations incomplètes ou erronées ; le glossaire de l'aphasie se gonflait outre-mesure par la création d'innombrables mots, sur le sens desquels on ne s'entendait pas : l'aphasie devenait « un langage mal fait ».

Ce fut la période des schémas. Avec les quatre centres auxquels on adjoignit un centre supérieur, le centre d'idéation, le centre O de Grasset, on construisit d'innombrables schémas : citons ceux de Charcot, de Lichtheim, de Ferrand et le plus récent, le polygone de Grasset.

Cette schématisation était légitime en soi, mais il fallait considérer tous ces schémas comme des moyens didactiques, une façon commode de représenter clairement des choses assez obscures. On leur prêta malheureusement la valeur d'une réalité.

Certains auteurs crurent qu'ils allaient prévoir tous les genres possibles d'aphasie, et ne manquèrent pas d'évoquer le souvenir de Leverrier prévoyant, grâce à ses calculs, la découverte de la planète Neptune.

On se posait des problèmes : étant donnée une lé-

sion, en trouver les symptômes ; en étudiant l'aphasie on croyait faire de la géométrie dans l'espace : Ferrand, par exemple, supposant une lésion du centre moteur d'articulation M démontre que T K O K M étant aboli, il y a abolition de la mimique perçue, comprise et parlée, tandis que T K O K E étant respecté, il y a conservation de la mimique comprise et traduite en graphique.

On créa des formes hypothétiques d'aphasies : aphasies polygonales, transpolygonales, souspolygonales, suspolygonales.

Cependant en 1879, puis en 1893, Dejerine établissait l'existence d'une aphasie sous-corticale ou aphasie pure, lésion non pas du centre de Broca, mais des faisceaux blancs venus de ce centre, variété dans laquelle le langage intérieur est conservé sans que le malade puisse extérioriser sa pensée. En 1891, il combattait l'existence du centre graphique et le Dr Mirallié contribuait à détruire cette conception en faisant connaître dans sa thèse l'ouvrage d'Exner et en montrant par quels singuliers procédés celui-ci était arrivé à localiser le centre de l'écriture. Désormais, l'école de Déjerine admettra que l'écriture est la copie d'images visuelles et que l'agraphie n'est que l'impossibilité d'évoquer ces images.

En 1892, Déjerine différencie la cécité verbale pure, avec intégrité de l'écriture — résultant de la destruction des lobules lingual et fusiforme, du cuneus et de la pointe du lobe occipital -- de la cécité verbale ordinaire, avec agraphie et troubles du langage intérieur résultant d'une destruction un pli courbe.

En somme, au commencement du XX[e] siècle, tous les neuropathologistes admettaient, avec plus ou moins de différence dans les détails, soit la doctrine de Charcot, soit celle de Déjerine.

De 1906 à 1909, le Professeur Pierre Marie dans une série de publications retentissantes et dans la thèse de son élève Moutier vint renverser de fond en comble la doctrine classique de l'aphasie.

Pierre Marie commença par déclarer que la troisième circonvolution frontale gauche ne joue pas de rôle spécial dans la fonction du langage.

Il n'admettait qu'une seule forme d'aphasie, l'aphasie de Wernicke, qui consiste en déficit intellectuel général avec spécialisation pour le langage, se traduisant par l'impossibilité d'entendre, de lire, d'écrire, de parler.

Elle tient à une lésion de la zone de Wernicke, correspondant à la moitié postérieure des première et deuxième circonvolutions temporales, au pli courbe et au gyrus supra marginalis.

L'aphasie de Broca n'est pour Pierre Marie qu'un syndrome, dissociable en deux éléments, l'aphasie de Wernicke dont les caractères se retrouvent dans toutes les aphasies et l'anarthrie.

L'anarthrie, dont l'existence caractérise l'aphasie dite de Broca, est un trouble de motilité, qui consiste dans l'incoordination des mouvements d'articulation sans paralysie des muscles de la phonation, et isolé, ne s'accompagne pas d'affaiblissement de l'intelligence.

C'est la réunion de ces deux éléments qui constitue l'aphasie, suivant l'équation.

Aphasie de Broca. — Aphasie de Wernicke. Anarthrie.

L'anarthrie possède elle aussi une localisation, mais cette localisation ne se fait pas dans le pied de la 3e frontale, qui n'a rien à voir avec l'aphasie ; elle siège dans un territoire spécial, la zone lenticulaire ou quadrilatère de Pierre Marie. Sur une coupe horizontale de l'hémisphère gauche, la zone lenticulaire est limitée : en dehors par l'insula ; en dedans par la face interne du ventricule latéral ; en arrière et en avant par deux plans frontaux parallèles, allant des extrémités antérieure et postérieure de l'insula à la face interne du ventricule latéral.

Cette zone comprend donc l'insula, la capsule externe, le noyau lenticulaire, la capsule interne.

Enfin, Pierre Marie nie les symptômes sensoriels de l'aphasie, qui ne sont que le résultat d'une diminution de la capacité intellectuelle pour les choses apprises. Il rejette aussi l'aphasie sous-corticale du cadre des aphasies parce qu'elle ne s'accompagne pas de troubles du langage intérieur, et il nie l'existence des images motrices du langage groupées en centres spéciaux ainsi que l'existence de ces centres.

Comme on le pense, la théorie de Pierre Marie souleva une émotion considérable, elle fut en général mal accueillie ; des controverses passionnées s'élevèrent dans les journaux médicaux aussi bien qu'à la Société

de Neurologie, Déjerine se montra partisan absolu de la thèse classique, « dogmatique », comme la nommait Pierre Marie, et sous sa présidence Maurice Brissot soutint une très importante thèse sur l'« aphasie dans ses rapports avec la démence et les vésanies », où il combattait la théorie de Pierre Marie.

Mais Pierre Marie avait rouvert les discussions sur l'aphasie que la théorie de Déjerine avait closes pour un temps, et de nouveau ce fut la confusion des théories et aussi des langues, car chacun employait un vocabulaire particulier, la valeur des mots n'était pas la même pour tous, et deux auteurs désignaient le même phénomène sous deux termes différents.

Cependant, au milieu de ces discussions, surgit une tendance nouvelle, celle de rapporter l'aphasie aux phénomènes que Wernicke et Liepmann ont décrits sous le nom d'apraxie.

Ce fut Gilbert Ballet, qui, dès 1908, émit cette idée que l'aphasie motrice est identique à l'apraxie et que l'aphasie sensorielle est une agnosie.

L'année suivante, dans une de ses cliniques, le Professeur Raymond rapprochait l'apraxie et l'aphasie motrice qu'il considérait comme la perte du souvenir des combinaisons musculaires à innerver pour l'élocution d'un mot.

Il ramenait de même l'aphasie sensorielle à l'agnosie en faisant de l'alexie une agnosie visuelle et de la surdité verbale une agnosie acoustique.

Pierre Marie acceptait cette manière de voir et rangeait l'anarthrie dans les apraxies.

De leurs études sur l'aphasie, Froment et Monod (de Lyon) concluent à la non existence d'images motrices et n'admettent que les images sensorielles. Pour eux, l'articulation est un acte automatique s'établissant en vertu d'habitudes motrices et non d'images motrices. Le primum movens de cet acte est l'évocation d'mages auditives verbales entendues mentalement, cette évocation détermine des coordinations musculaires dont le résultat est la prononciation du mot. L'aphasie motrice se réduit à l'évocation défectueuse des images auditives verbales.

Pour H. Bernheim, il n'y a pas, de centres corticaux pour les images d'articulation des mots, ni de centre graphique. Ce sont les noyaux bulbaires, automatiquement associés par l'habitude qui font la parole parlée, et les noyaux spinaux, automatiquement associés par l'éducation qui font l'écriture : il y a coordination motrice, phonétique dans un cas, graphique dans l'autre.

Ces noyaux sont mis en mouvement par les images acoustiques et graphiques élaborées dans le cerveau frontal et transmises par les fibres de communication de la capsule blanche, et le voisinage de la troisième frontale avec le carrefour blanc existant à l'origine des deux capsules interne et externe explique comment la lésion du centre de Broca peut déterminer l'aphasie. En somme, l'agraphie et l'aphasie motrice seraient toujours sous-corticales.

Bernheim rejette aussi l'existence des centres corticaux de réception ; les images souvenirs sont élaborées, comme il a été dit, dans la sphère psychique, actionnée

par des impressions sensorielles : la surdité et la cécité verbales seraient encore des aphasies sous corticales de transmission du centre cortical de perception à la sphère psychique.

Bernheim adopte donc en partie les idées de Pierre Marie : comme lui il met en doute l'existence des images verbales et conteste le rôle du centre de Broca.

Le Congrès international de médecine tenu à Londres en août 1913 inscrivit à son programme la question de l'aphasie.

Chargé d'un rapport sur l'aphasie et l'anarthrie, le professeur Déjerine séparait ces deux syndromes et concluait : « Aux détails près, la doctrine de l'aphasie, telle qu'elle est classique depuis Broca et Wernicke, reste entière. »

Sur la question de l'aphasie et de l'apraxie, le professeur Lippmann (de Berlin) s'exprimait ainsi : « L'aphasie motrice et l'apraxie ne sont pas seulement des symptômes qui coexistent fréquemment chez le même malade. Ce sont des troubles de la même essence... L'apraxie, dans son sens large, comprend toutes les aphasies d'expression. »

Au cours de la discussion qui suivit, le professeur agrégé Laignel-Lavastine exposa les résultats de l'autopsie de douze aphasiques : « L'aphasie motrice résulte soit de la lésion corticale ou sous-corticale de la partie antérieure de la zone du langage (cap et pied de Fig, partie inférieure de la frontale ascendante, partie antérieure de l'insula), soit de la section des fibres d'asso-

ciation l'unissant aux autres régions de l'écorce et des fibres d'irradiation. »

Les discussions du Congrès de Londres sur l'aphasie furent closes sur cette mélancolique remarque du professeur Herveroch (de Prague) : « Depuis cinquante ans que nous nous appliquons à l'étude de l'aphasie et que nous discutons, la clarté n'est pas encore venue. »

ÉTUDE CLINIQUE

L'aphasie est constituée par les troubles de cette faculté que possède l'homme d'exprimer sa pensée par des signes.

Lorsqu'on examine un malade ce sont le plus souvent les troubles de la parole qui frappent tout d'abord et mettent sur la voie du diagnostic d'aphasie.

Dès les premières questions on est porté à suspecter soit la *surdité verbale* soit *l'aphémie*.

L'aphémique ou bien ne parle pas, ou bien répond par un mot, toujours le même, forgé de toutes pièces ou appartenant au langage normal, par une interjection (V. obs. I, III, IV), par un juron, ou, au degré le plus élevé, par d'inintelligibles grognements.

D'autres fois, le vocabulaire est plus riche, mais présente encore des lacunes : pour bien en apprécier le déficit, on aura soin de ne pas prononcer soi-même le mot qu'on désire obtenir du malade, car la parole répétée, qu'il est nécessaire d'examiner aussi, après la parole spontanée, est généralement meilleure.

On se rendra compte des fautes de syntaxe : souvent

l'aphasique « parle nègre » ou parle « en style télégraphique ». Bien que Kussmaul ait opposé nettement ces troubles syntactiques de l'élocution (emplacement des mots, accentuation, etc.), aux troubles purement verbaux, on ne s'en était guère occupé au point de vue clinique, non plus que de savoir comment les notions de grammaire et de syntaxe se constituent. Cependant, Pick, qui récemment les a étudiés sous le nom d'agrammatisme, les regarde comme le pont entre la conception de la pensée et son expression par la parole et en fait le centre du problème de l'aphasie.

L'aphasie sensorielle se reconnaît aussi assez rapidement. Le malade atteint de surdité verbale a complètement perdu la notion de la valeur des mots : le langage est pour lui un bruit confus, dénué de sens, il est absolument dans l'état d'un individu transporté en pays étranger qui reconnaît qu'on lui parle, mais ne sait ce qu'on lui dit et ne comprend rien aux questions qu'on lui pose.

La surdité verbale pure est rare, « elle est, dit Pierre Marie, un simple mythe ». Elle détermine, en effet, des troubles constants de la parole : le malade ne s'entendant pas parler ne peut se contrôler lui-même ; (1) il est d'ordinaire loquace, mais les discours qu'il tient ne répondent pas aux questions, ils sont assez incohérents

(1) Cependant, Froment et Devic ont observé un malade paraphasique sans surdité verbale, qui s'entendait parler et souriait lui-même de ses erreurs ; aussi ont-ils tendance à regarder, avec Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine, la paraphasie comme un trouble de l'attention.

(paraphasie) et souvent émaillés de néologismes, de mots forgés (jargonaphasie) ; la paraphasie pure, quoique rare, existe ; nous nous souvenons d'avoir vu une personne frappée d'aphasie qui fut paraphasique pendant plusieurs années ; elle remplaçait souvent un mot par un autre qui s'en rapprochait, soit comme consonnance, soit comme sens, elle disait par exemple du savon au lieu de charbon, nommait une armoire un buffet, et son piano la musique ; elle ne fut jamais jargonaphasique.

La surdité verbale n'est pas toujours complète, le malade est frappé au passage par un mot, un son, et d'après ce qu'il a entendu, il essaie de deviner ce qu'on lui dit. Au chapitre du diagnostic différentiel, nous donnerons l'observation d'un dément sénile, aphasique sensoriel : quand on lui demandait : « Donnez la main », le mot *donnez* le frappait, et, cherchant dans ses poches, il répondait : « Je n'en ai pas, je ne peux pas en donner. » (V. obs. XIII.)

Aussi, pour dépister la surdité verbale, fera-t-on bien de ne pas s'en tenir aux questions trop banales ; il est permis de tendre quelques pièges, comme de poser deux questions différentes en termes à peu près semblables, par exemple : « Donnez la main » et « Ouvrez la main » ou « Avez-vous des enfants ? » et « Combien avez-vous d'enfants ? »

Souvent la surdité n'apparaît que pour les phrases un peu compliquées. Pierre Marie a proposé le test suivant, dit épreuve des trois papiers : On place devant le

malade trois morceaux de papier inégaux et on lui dit : « Donnez-moi le plus grand, gardez le plus petit, donnez le troisième à telle personne ». Souvent un malade qui exécutait parfaitement les ordres, se trompe à celui là, qu'on peut du reste modifier. (V. obs. II et XIV).

Dès ce moment, la situation du malade est à peu près nette ; on passera alors à l'examen de la cécité verbale.

Si la surdité verbale pure est rare, la cécité verbale pure est au contraire relativement fréquente.

Le malade qui en est atteint est incapable de lire soit le cursif, soit l'imprimé ; quelquefois il peut lire les lettres, mais non les mots : dans ce cas, il y a cécité verbale, mais non littérale.

Le cas inverse, cécité littérale pure, a été aussi observé quoique plus rarement : un malade de Froment et Devic qui ne pouvait lire la syllabe *pa*, lisait le mot *papa*, simple redoublement de cette syllabe.

Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine ont expliqué ce phénomène en faisant très justement observer que l'individu cultivé, ayant une longue habitude de la lecture, reconnaît les mots à leur forme, à leur silhouette générale : la lecture dans ce cas devient synthétique.

Les épreuves qui permettent de déceler ce symptôme ne sont pas extrêmement compliquées : elles consistent à écrire des ordres de plus en plus longs et complexes, à écrire le nom de quelques objets que le malade doit désigner, à lui faire mettre en ordre les noms des jours, des mois.

On lui demandera aussi de désigner des lettres, des mots dans une phrase, on lui donnera à lire quelques lignes qu'on le priera, s'il n'est pas aphemique, de répéter.

On se défiera du nom propre du malade. L'aphasique lit toujours son nom, il le reconnaît comme il reconnaît les emblèmes, les symboles : depuis que notre maître, le professeur Mirallié, l'a publiée, l'observation est devenue classique, de ce malade qui ne pouvait lire ni R ni F, mais s'écriait République Française, quand on les encadrait d'un cartouche. Le nom est un emblème et l'aphasique le reconnaît entre plusieurs autres très semblables, sans pouvoir dire bien souvent où réside la différence. (V. obs. III.)

Le malade Montr... (obs. XI) réalisait pleinement ce phénomène, que son excitation maniaque rendait encore plus marqué. Si on écrivait Gontr..., Pontr..., etc. Il regardait tous ces noms d'un air indifférent, dès qu'on écrivait Montr... « Montr...? s'écriait-il d'un air triomphant, eh mais c'est moi. » Si la lettre changée était à la dernière syllabe notre malade lisait rapidement Montr... on le sentait prêt à lancer son « C'est moi. » puis brusquement il s'arrêtait et disait : « Connais pas. »

Chez les aphasiques moteurs, surtout en voie d'amélioration, les troubles de la lecture restent à l'état latent : l'épreuve de Thomas et Roux permettra de dépister l'alexie chez un malade qui ne paraît pas présenter de cécité verbale : on écrit le mot en séparant les syllabes, ou les lettres horizontalement ou verticalement, et on

s'aperçoit que le malade, pour qui le mot est un dessin, ne le reconnaît plus sous cette nouvelle forme.

L'étude de l'écriture viendra ensuite.

Là encore on se défiera du nom. Le malade peut toujours écrire son nom ou mieux le dessiner sans oublier le paraphe, mais si on lui demande une des lettres qu le composent, il est incapable de la tracer. (V. obs. III).

Assez souvent aussi, il peut écrire dans les mêmes conditions le nom de sa femme, de ses enfants, le lieu de sa naissance. Quelques aphasiques mieux partagés ont gardé à leur disposition des mots, des phrases, des formules dont ils avaient souvent occasion de se servir. Johannson et Frœderstrom (de Stockholm) ont publié une observation intéressante à ce point de vue : leur malade pouvait écrire spontanément, sur l'adresse d'une lettre à sa famille « Herr F. A. Blomkvist », il ne pouvait écrire séparément Herr, à peine pouvait-il écrire son nom, il ne pouvait écrire Téodor, prénom de son frère, mais écrivait facilement Disa, prénom de sa sœur, à qui il écrivait bien plus souvent qu'à son frère.

L'écriture spontanée pourra s'examiner en demandant au malade de raconter par écrit l'histoire de sa maladie, on pourra voir les lettres qu'il adresse à sa famille, mais il faudra encore se défier : souvent l'agraphique aura recours aux bons offices d'un camarade de salle et montrera ensuite la lettre comme son œuvre propre.

On lui demandera d'écrire sous dictée, on lui fera copier du cursif, de l'imprimé.

Il y a à ce point de vue une différence très nette entre l'aphasique sensoriel et l'aphasique moteur. Le sensoriel atteint de cécité verbale ne comprend pas ce qu'on lui donne à copier, l'écriture est pour lui un dessin dont il ne reconnaît que la forme sans en voir la signification, il dessine donc ce modèle, comme nous le ferions si on nous donnait à copier du sanscrit ou de l'hébreu : il copie l'imprimé en imprimé, et, quand il copie du cursif, reproduit les formes plus ou moins bizarres qu'on aura jugé bon de donner aux lettres. L'aphasique moteur, au contraire, comprend son modèle et transforme l'imprimé en cursif. Cependant il y a des exceptions à cette règle. (V. Obs. III).

Quelques épreuves auront l'avantage de déceler simultanément plusieurs troubles : par exemple on fait lire au malade quelques lignes, telles qu'un fait divers de journal, et on lui demande ensuite de le raconter à haute voix, puis par écrit ; on aura ainsi un examen résumé de la cécité verbale, de l'aphémie et de l'agraphie. (V. Obs. III).

Toutes ces épreuves auront pu éclairer sur l'existence possible d'un déficit intellectuel. Quelques moments de conversation, quelques questions sur ce que le malade a pu apprendre autrefois feront le diagnostic, les renseignements fournis par les amis, la famille, révèleront si ce déficit est constitutionnel ou acquis depuis le commencement de la maladie.

Cet examen général de l'aphasique sera complété par des examens particuliers, variables suivant les mala-

des en observation, on recherchera ce que sont devenues les facultés artistiques, dessin, musique. (V. obs. III bis), les facultés intellectuelles, sciences, lettres, histoire, langues vivantes, (V. Obs. II et III). L'examen du calcul pourra être fait dans la plupart des cas.

En règle générale, on remarquera que les troubles particuliers sont parallèles aux troubles généraux, et du reste, l'examen de ces troubles doit être calqué sur l'examen général de l'aphasie, du moins dans ses grandes lignes et suivant la formule scholastique « *mutatis mutandis* ».

L'examen de l'amusie, par exemple, devra, à notre sens, comporter les épreuves suivantes :

I. — RECHERCHER LES NOTIONS MUSICALES DU MALADE AVANT LA MALADIE.

II. — EXAMEN DE LA MÉMOIRE MUSICALE : Le malade reconnaît-il les morceaux qu'on lui joue ? Quels détails peut-il donner sur eux ? Peut-il continuer un air commencé ? Peut-il chanter ou jouer un air dont on lui donne le titre ?

III. — EXAMEN DES NOTIONS TECHNIQUES. — 1° Montrer au malade un morceau de musique, l'interroger sur tous les signes qu'il comporte : clefs, accidents, indications de mesure, de mouvement, de nuances, figure et valeur des notes, barres de mesure, signes de silence, etc.

On se rendra compte ainsi de la cécité verbale musicale.

2° Demander au malade de solfier un morceau.

3° Lui demander de tracer les différents signes employés en musique. Essayer de lui faire faire une dictée musicale. On se rendra compte ainsi de la surdité.

4° Examiner les connaissances instrumentales du malade ; faire exécuter un morceau.

Un pareil examen, dont nous ne donnons que les grandes lignes, est du reste très long, et n'est pas toujours facile.

L'aphasique a souvent une sorte de honte de son infirmité ; il essaie de la cacher et il faut lutter de ruse avec lui pour arriver à la dépister.

Le plus souvent aussi il existe un déficit intellectuel génant ; l'aphasique se fatigue vite, son attention s'épuise, il faut suspendre l'examen, le remettre à un autre jour, mais ces examens répétés, surtout portant sur ce qu'il ne veut pas révéler risquent d'irriter le malade.

Il nous resterait maintenant à faire un tableau clinique des troubles aphasiques et de leur évolution.

Nous pourrions réaliser cette partie de notre programme en exposant de façon didactique les notions depuis longtemps connues que nous procureraient les traités de pathologie.

Nous avons préféré adopter une autre méthode, qui consistera à présenter les observations d'aphasie que nous avons pu recueillir en faisant suivre chacune d'elles des commentaires qu'elle nous a semblé comporter.

OBSERVATION I

Ictus le 1er avril 1913. Hémiplégie droite. Léger degré de surdité verbale. Cécité verbale. Aphasie motrice : pas d'agraphie. Niveau mental assez bas.

Pr... Marie-Louise, 75 ans, tailleuse, entre le 21 avril 1913 dans le service des maladies nerveuses, salle Sainte-Monique. Elle est frappée d'hémiplégie droite depuis le 1er avril 1913.

Examen somatique. — Hémiplégie flasque du côté droit siégeant aux membres plus qu'à la face.

La paralysie du membre supérieur est complète, la motilité est abolie, les réflexes sont augmentés ; les troubles de la sensibilité objective sont nuls.

Aux membres inférieurs, à part la flexion de la jambe sur la cuisse, les mouvements sont impossibles ; la sensibilité n'est pas troublée ; les réflexes sont normaux, les divers signes du syndrôme pyramidal sont peu nets.

Examen au point de vue aphasie. — Mme Pr... est complètement aphémique, c'est ce qui frappe au premier abord ; à toutes les questions, elle répond par le monosyllabe « Ah ! » qu'elle module suivant le sens, il lui est impossible de répéter les phrases ou même les mots les plus simples.

A la question : « Comprenez-vous bien tout ce qu'on dit ? » Mme Pr... fait signe que oui.

Cependant il lui arrive souvent de se tromper dans l'exécution des ordres qu'on lui donne. Elle ferme les yeux, tire la langue, met un doigt sur le nez ou sur l'oreille, tout cela sans erreur, mais quand on lui demande de mettre la main sur sa tête, elle la porte à son nez ; on lui dit de donner sa main, elle la ferme.

Elle exécute pourtant sans erreur les deux commandements

successifs « Donnez la main » et « Fermez les doigts de la main ».

Les ordres plus compliqués amènent des résultats plus ou moins satisfaisants : « Fermez les yeux trois fois de suite », elle ferme les yeux, compte avec les doigts en disant trois fois : « Ah ! » puis rouvre les yeux.

« Fermez les yeux, puis ouvrez-les, et mettez le doigt sur votre nez. » Elle y arrive, mais avec des hésitations vers la fin.

On lui pose alors le test des trois papiers ; elle regarde les papiers, les remue, mais n'exécute rien de ce qu'on lui a demandé. Quatre fois de suite on lui propose cette épreuve, toujours avec le mêmes insuccè. En décomposant l'ordre, on arrive à le faire exécuter à peu près.

On place devant elle différents objets, et on lui demande successivement chacun d'eux, elle ne se trompe qu'une seule fois sur huit épreuves, donnant un couteau au lieu d'un pinceau ; plus tard on repose la même question, cette fois elle prend une cuiller, puis d'elle-même la repose et prend le pinceau.

A noter qu'au début de cette épreuve, comme nous demandions une paire de lunettes, elle a fait signe qu'elle en possédait et qu'elles étaient sur sa table.

On lui montre l'en-tête d'une feuille d'observation administrative, dont les diverses formules sont imprimées en caractères différents et on lui demande de montrer les *a*, elle ne se trompe pas, elle montre tous les *a* qui s'y trouvent, majuscules, minuscules, imprimés, cursifs, cependant la même épreuve avec les l réussit moins bien ; elle en oublie et montre à la place des *e*, des *r*, des *v*.

Dans un texte imprimé en caractères très lisibles, on lui demande de montrer le mot *drapeau*, elle s'exécute sans erreur.

On lui demande de montrer le mot *blessé*, ce mot se trouve deux fois dans le texte, et une fois le mot *blessure*, elle ne les montre pas, mais montre le mot *agresseur*. Invitée à montrer le mot *incendie*, elle montre *compagnie*.

On dresse une liste de mots usuels, et on la prie de désigner dans cette liste tel mot qu'on énonce, elle ne se trompe pas, sauf pour le mot « bas », qu'elle montre au lieu de « table », et comme le mot « ciel » figure trois fois dans la liste, elle le montre trois fois. On lui donne les noms des mois inscrits en désordre, elle les désigne dans l'ordre suivant : Janvier, février, mars, mai, juin, juillet, avril, août, octobre, novembre, septembre, décembre. Elle compose, avec les jours de la semaine, la liste suivante : Dimanche, lundi, mardi, jeudi, vendredi, mercredi, samedi.

Les ordres écrits ne sont pas exécutés, la malade ne semble du reste pas comprendre ce qu'on attend d'elle. Par contre elle donne exactement les objets dont on écrit le nom.

Elle reconnaît son nom, mais ne le différencie pas de ceux qui y ressemblent.

Elle écrit de la main gauche, difficilement, lentement, mais assez lisiblement, son nom, son prénom ; elle copie le cursif, l'imprimé qu'elle transforme, on lui montre un peigne en lui demandant d'écrire le nom de l'objet elle écrit « crayon » on lui montre un porte-plume, elle écrit « porte » et s'arrête; on lui demande de continuer, elle trace alors quelques caractères illisibles, où il semble qu'on puisse lire *ma*.

On lui demande d'écrire à quel jour nous sommes, elle écrit : jour, dimanche (ce dernier mot très difficilement lisible).

Un nouvel examen fut pratiqué deux mois après. A son vocabulaire, Mme Pr..., avait ajouté la syllabe pscheu, et répondait « Ah ! Ah ! pscheu ! pscheu ! » à toutes les questions.

Elle semblait comprendre ce qu'on lui disait, mais n'exécutait pas les ordres écrits. L'écriture était lamentable ; qu'elle copiât ou écrivit sous dictée, M. Pr... ne traçait plus que des signes informes.

Ce qui domine, chez cette malade, c'est l'aphasie motrice, son vocabulaire est des plus réduits, et elle ne peut même pas répéter ce qu'on lui dit.

La surdité et la cécité verbales, l'aphasie sensorielle en un mot, ne semblent pas très marquées, car il faut certainement mettre un grand nombre d'erreurs commises par Mme Pr..., sur le compte d'un défaut d'attention : celle-ci s'épuise vite chez elle : qu'on lui donne à mettre en ordre les noms des jours ou des mois, c'est vers le milieu de la liste que les erreurs commencent et elles s'accumulent à la fin.

Nos examens répétés ennuyaient visiblement la malade que son état somatique seul intéressait, aussi ne mettait-elle qu'une très médiocre bonne volonté à répondre, il fallait quelquefois élever la voix pour obtenir qu'elle voulut bien ne pas répondre au hasard. Au cours de la maladie l'aphasie motrice s'est améliorée, si l'on peut appeler amélioration l'acquisition d'un nouveau monosyllabe, tandis que les phénomènes sensoriels semblent s'être aggravés. Nous disons semblent, car pour nous cette aggravation n'est qu'une apparence due au défaut d'attention signalé plus haut et au déficit intellectuel que présente notre malade.

Est-il acquis ? est-il congénital ? Impossible de le dire, n'ayant jamais vu personne de sa famille ou de son entourage.

Quoi qu'il en soit, Mme Pr... représente un cas d'aphasie motrice vraie (aphasie corticale de Broca). Cette forme d'aphasie est caractérisée essentiellement

par la perte plus ou moins complète de l'articulation des mots, par un degré variable d'alexie qui peut s'améliorer au cours de la maladie, mais laisse toujours derrière lui des troubles latents de la lecture mentale et par un faible degré de surdité verbale. Ces malades sont agraphiques : à quelques rares mots près (nom, prénom) l'écriture, spontanée ou sous-dictée, est abolie, mais ils peuvent copier, et copier en transformant l'imprimé en cursif.

Notons que Mme Pr... ne possède comme vocabulaire que deux monosyllabes, mais les module suivant le sens de sa pensée. Brissaud a décrit une aphasie d'intonnation, caractérisée justement par la perte de l'accent du langage. L'école de Déjerine n'a pas admis cette aphasie comme une entité aphasique distincte et tient que l'intonnation est en rapport avec la possibilité d'articulation.

OBSERVATION II

Ictus le 10 février 1913. Paralysie droite. Aphasie en voie de guérison. Connaissance de plusieurs langues vivantes ; persistance de la plus fréquemment parlée.

Mme D... Odile, âgée de 70 ans. mouleuse de statuettes, entre le 29 mai 1913 dans le service des maladies nerveuses, salle Sainte-Elisabeth.

Elle eut, le 10 février 1913, un ictus avec perte de connaissance, à la suite duquel elle resta hémiplégique, paralysée de tout le côté droit, face comprise ; à ce moment elle parlait mais très

difficilement et on avait peine à la comprendre. Elle a été transportée à l'Hôtel-Dieu, et de là on l'a envoyée dans le service des maladies nerveuses de Saint-Jacques.

A l'examen somatique on constante une hémiplégie droite très améliorée.

Son aphasie est aussi en voie de guérison; car Mme D... parle avec une remarquable facilité, elle est même bavarde, sans tomber toutefois dans la prolixité des sensoriels. Elle parle avec un fort accent alsacien : elle est née à Saverne. Elle est complètement illettrée, mais son niveau mental est assez élevé ; elle ne présente en tout cas aucune amnésie, elle raconte sa vie très mouvementée, ses voyages en Italie, à Ancône, à Livourne, son séjour à Strasbourg pendant le siège ; elle évoque le souvenir de ses deux maris et raconte comment elle les a connus.

Elle parle de son métier de mouleuse de statuettes, nomme les statues qu'elle a moulées : Mignon, Faust, les figurines de Tanagra, les chimères de Notre-Dame. Elle ne peut retrouver le terme technique *patiner* mais elle trouve celui de *polychromer*.

En somme, on pourrait douter de l'aphasie sans les renseignements de sa belle-fille et ceux qu'elle donne elle-même. « Au commencement dit-elle. je ne pouvais trouver le nom des objets, je savais bien ce que je voulais dire, mais je ne pouvais prononcer ; encore maintenant, parfois je ne sais plus comment prononcer. »

Dans sa jeunesse, à Saverne, Mme D... a parlé le patois alsacien et l'allemand ; venue en France à dix ans, elle a appris le français, puis à 24 ans l'italien. C'est cette langue qu'elle a le plus parlée, car outre qu'elle a séjourné 7 ans en Italie, son mari était Italien, et avec lui comme avec un fils qui vit encore, elle ne parlait qu'italien.

Au commencement de sa maladie elle n'aurait pas mieux parlé italien que français, mais maintenant « elle a plutôt l'italien en tête » ; spontanément elle aurait tendance à parler italien quant à l'allemand elle l'a bien oublié.

Elle nomme certains objets avec une égale facilité en français et en italien, avec plus de difficulté en allemand,

Cependant nous pouvons tenir avec elle une conversation dans cette langue, elle nous raconte facilement, sans chercher ses mots, l'histoire de sa maladie.

Mme D... s'améliora considérablement tant au point de vue aphasique qu'au point de vue somatique et elle ne tarda pas à sortir de l'hospice.

Mme D... est encore un exemple d'aphasie motrice vraie.

Signalons chez elle ce phénomène souvent rencontré chez les aphasiques qu'ils parlent bien plus facilement qu'ils ne disent les mots séparés ; ils sont comme entraînés par le courant de la conversation, « mais, disait un aphasique de Charcot, si je viens à m'arrêter et à chercher, je suis perdu ». C'est ainsi que Mme D... hésite et ne trouve pas quand on lui demande le nom allemand de tel ou tel objet, mais soutient facilement une conversation dans cette langue.

Il est regrettable qu'elle ne sut ni lire, ni écrire : l'examen des langues vivantes eut été chez elle très intéressant. Notons comment s'est faite la disparition de ces langues. La loi de Ribot porte que la désintégration va des acquisitions récentes aux acquisitions anciennes, et beaucoup d'auteurs appliquant cette loi aux langues vivantes, ont déclaré que celle qui restait en dernier lieu, c'était la langue maternelle. Cela est vrai à condition de compléter la loi de Ribot par la formule bien connue dans les sciences mathématiques

« toutes choses étant égales d'ailleurs ». Faute de cette addition, la loi de Ribot est fausse dans bien des cas comme dans celui-ci. Les notions dont le souvenir reste seul sont celles qui sont les plus adhérentes, et la langue dont le malade garde la compréhension est celle qui lui est la plus familière, maternelle ou non, ainsi que l'on montré les travaux de Pitres. Mme D... a appris l'italien à 24 ans, mais depuis elle l'a pour ainsi dire toujours parlé, tandis qu'à dix ans elle a cessé de parler sa langue maternelle.

OBSERVATION III

Ictus en septembre 1913. — Hémiplégie droite avec à ce moment aphasie motrice complète, rééducation, amélioration progressive. — Actuellement : *Léger degré de surdité verbale et de cécité verbale. Aphasie motrice en évolution : Lacunes dans le vocabulaire, agrammatisme. Agraphie complète pour l'écriture spontanée et sous dictée. Copie de l'imprimé en imprimé. — Mêmes caractères pour les signes de calcul. — Impossibilité d'exécuter une opération arithmétique.*

Langues vivantes. — *Persistance de la langue italienne apprise ; mêmes troubles aphasiques que pour le français, mais aphasie motrice complète.*

Amusie. — *Mémoire des airs entendus. — Perte des notions musicales. — Pas d'affaiblissement intellectuel.*

Mlle Claire Pé.., danseuse au Théâtre de Nantes, est entrée à l'Hospice général dans le service des pensionnaires au mois de septembre 1905.

Nous n'avons pu retrouver son observation d'entrée ; la plus ancienne que nous possédions remonte au mois de novembre

1910 ; très détaillée sur l'hémiplégie, elle est un peu succincte au point de vue de l'aphasie et semble contenir nombre d'erreurs.

Elle nous apprend que Mlle Pé... a été frappée d'ictus hémiplégique en septembre 1905, et qu'au moment de son entrée elle n'avait plus à sa disposition que le mot « oui » qu'elle répétait à tout propos.

Au moment où l'interne du service prit cette observation, Mlle P... présentait une hémiplégie spasmodique droite de la face et des membres, avec exagération des réflexes.

Pour l'aphasie, voici ce qu'il a constaté :

« La malade dit des phrases quelquefois presque complètes, deux ou trois mots sont mal articulés. Elle peut dire son nom, elle peut réciter des morceaux de poésies connus, mais presque tous les mots sont mal articulés.

« Certains airs peuvent être chantés ; si on commande à la malade de dire les paroles sans les chanter, elle ne le peut pas : en les chantant, du reste, il y a des mots fréquemment dénaturés.

« Elle peut répéter les mots simples, mais ne peut répéter les mots difficiles.

« Pour écrire, elle se sert de la main gauche, elle trace son nom, en oublie toutefois une lettre. Elle ne peut rien écrire pour répondre aux questions posées.

« On lui demande de tracer les chiffres jusqu'à 10 ; elle commence, puis saute le chiffre 5, on lui fait remarquer qu'elle a sauté un chiffre, elle le remet à sa place, un deuxième chiffre étant sauté, on le lui fait remarquer. Elle marmotte comme pour arriver à trouver le chiffre sauté, mais elle dit A B C.

« L'écriture sous la dictée est impossible, il faut épeler le mot et écrire lettre par lettre.

« Elle copie en dessinant, les lettres imprimées sont copiées en imprimé, les lettres anglaises en anglaise, les lettres de forme bizarre telles qu'elles sont faites.

« Dans une phrase, Mlle Pé... comprend un mot, ordinairement le dernier, elle comprend son nom quelle que soit la manière dont il est écrit ; elle ne peut lire les lettres, si on les lui énonce, elle choisit dans les lettres énoncées celles qu'on lui montre sur le papier.

« Si on lui demande le nom d'une note sur la portée, elle ne peut la dire, si on lui dit de la jouer au piano, elle la joue.

« Elle ne lit ni les notes, ni les clefs; si on lui donne à choisir parmi plusieurs notes énoncées, celle qu'on lui montre sur le le papier, elle la trouve.

On commence un air sur le piano, elle ne peut le continuer quoiqu'elle le sache. »

Examen personnel juin 1913. — Mlle Pé... parle assez difficilement, elle a peine à trouver les mots, et donne l'impression d'une personne qui parlerait une langue étrangère, elle fait des fautes de syntaxe, elle parle en « style télégraphique », réduisant la phrase à ses mots principaux, ou « elle parle nègre », remplaçant les formes de conjugaison par l'infinitif.

Elle donne son nom, son prénom usuel, quand on lui demande les autres, elle dit « Fidécilé » et a grand peine à dire « Félicité ». Elle ne peut dire son âge, elle montre sur un carnet la date de sa naissance.

On lui demande depuis combien de temps elle est malade, elle récite la suite des nombres jusqu'à 7.

Elle raconte ainsi sa maladie : « Couchée la nuit... 11 heures... bien... lire... à minuit, plus personne ! »

Surdité verbale. — Il semble bien que la malade comprenne tout ce qu'on lui dit, mais ne comprend-elle pas que le sens général de la phrase ? Elle fait d'assez fréquentes erreurs. Si on lui demande, par exemple : « En quel mois êtes-vous née ? » elle répond « Septembre .... un mois avant l'ouverture du théâtre. » Elle a évidemment compris « En quel mois êtes-vous tombée malade », car elle a dit être née en mai.

On lui demande de mettre la main sur ses yeux, elle la met

derrière la tête, et ne la met sur ses yeux qu'à la seconde invitation.

On lui dit : « Ouvrez la bouche sans tirer la langue. » Elle répond : « Je ne comprends pas. »

Elle montre sans erreur les différents objets qu'on lui nomme. Quand on prononce devant elle un mot, elle essaie de le définir ; par exemple pour « les quais », elle explique « des bateaux... de l'eau... »

Cécité verbale. — Mlle Pé... dit qu'elle ne sait plus lire, qu'elle est obligée d'épeler ; au premier abord, il semble bien qu'elle dise vrai, mais, en serrant l'examen, on arrive à un résultat un peu différent.

Tout d'abord, elle reconnaît les lettres : dans une ligne imprimée qu'elle n'a pu lire, elle montre tous les A sans aucune hésitation.

Pour ce qui est des mots, certains sont lus facilement. Ce sont d'abord les noms propres qu'elle connaît, le sien en particulier. On l'écrit entouré de cinq autres, où l'on a introduit quelques changements, elle reconnaît le sien ; entre Claire Pé... et Claire Pa..., elle dit sans hésiter que Claire Pa... n'est pas son nom, mais tout d'abord elle ne reconnaît pas où siège la différence, ce n'est qu'au bout d'un moment qu'elle fait remarquer la substitution d'a à e.

On lui écrit « Docteur Mirallié » ; le nom est lu sans hésiter, pour docteur elle hésite, puis dit : « Vous aussi... pas tout à fait... — plus tard. »

Sur divers imprimés, elle lit Nantes, Paris.

Il semble que l'aspect général du mot la frappe et qu'elle comprenne d'après quelques lettres ; voyant écrit Pradelles, nom d'un village, elle lit Prague, ville qu'elle connaît pour y avoir été en représentation.

Cependant il est à remarquer qu'elle montre la différence d'orthographe entre levez la main et lavez la main, sans toutefois saisir la différence de sens.

Les noms communs sont lus moins facilement que les noms propres, nous l'avons déjà constaté pour « docteur »; elle lit « Hospices de Nantes », mais ne lit pas « Administration », elle ne lit pas « Faculté de Médecine », mais dit « Hôpital, pour vous » et elle reconnaît le même mot en cursif.

En somme il est net que Mlle Pé... se rend compte du sens de ce qu'elle lit, ce qui lui manque surtout c'est la façon de l'exprimer, nous y reviendrons pour l'aphémie.

Elle montre dans une liste les mots qu'on lui demande, elle exécute les ordres écrits, elle désigne dans un article de journal le mot qu'on lui a dit.

Cependant elle ne comprend pas le mot « quai », ni imprimé, ni manuscrit, elle ne le comprend que lorsqu'on le lui énonce ; elle dit alors : « Ah oui : les bateaux, de l'eau ! »

On lui donne à lire le fait divers suivant : « A Pradelles, un jeune homme nommé D... a été tué par la foudre ». Elle ne lit pas à haute voix, mais essaie d'expliquer de quoi il s'agit. Au lieu de Pradelles, elle dit Prague, elle ne lit pas le nom propre inconnu D..., mais dit « tué, c'est mort, la foudre, c'est éclair ».

Aphémie. — Rappelons d'abord que Mlle Pé... ignore la syntaxe, qu'elle a peine à trouver ses mots, que souvent, quand le mot lui manque, elle l'exprime par une périphrase, ou essaie de l'expliquer par des associations d'idées comme celle qu'elle établit entre un docteur et un interne, l'hospice et la Faculté de médecine, les quais et les bateaux.

Elle répète assez facilement les phrases, elle peut, en chantant, prononcer convenablement les paroles de : « Au clair de la lune ə, mais est incapable de les dire sans chanter.

Elle nomme bien les différents objets qu'on lui présente.

Agraphie. — Elle écrit son nom sans aucune hésitation, c'est tout ce qu'elle peut écrire, dit-elle. Si on lui demande d'écrire

un *l* elle ne peut y arriver, elle cherche, récite l'alphabet, écrit *t*. Elle montre *l* dans son nom et le copie.

Elle ne peut écrire le nom de sa ville natale, Marseille; on lui dicte la phrase : « Ensuite il voulut être chasseur ». Mlle Pé... écrit des mots incompréhensibles « ert... tu... ch... au a » et ce résultat lui demande deux minutes de travail.

On lui écrit le mot « Bonjour », elle l'énonce, le copie, invitée à l'écrire sans modèle, elle écrit péniblement « Bouru ».

On lui demande de copier le mot imprimé « Faculté », elle le copie ou plutôt le dessine en imprimé, considérant chaque lettre longuement avant de la tracer, elle ne peut le transformer en manuscrit, mais elle le reconnait quand on le lui écrit ; elle le copie alors, et cette fois elle dessine moins que pour l'imprimé, en effet, à dessein on avait donné une forme bizarre à F... et oublié de barrer le t. Mlle Pé... a ajouté la barre et corrigé la forme de l'F.

Elle copie de même en imprimé « Un incendie dévaste les quais d'Alger ». Il est à remarquer que le mot quai, qu'elle ne comprend pas, est écrit de façon complètement illisible.

Elle est incapable de transformer ces phrases en cursive.

On lui demande enfin de lire un fait divers, de le raconter et l'écrire, elle exécute la première partie de la demande, mais ne peut exécuter la seconde. Elle dit «Dimanche» et écrit «Dianone» puis « à l'hospice » et écrit « J Honb ».

Signes de calcul. — Mlle Pé... lit les chiffres qu'on lui écrit, elle donne le nom de certains, montre avec ses doigts pour les autres, ainsi elle montre sept doigts quand on écrit 7, pour 6 elle dit « un de moins ».

On écrit 17, elle dit 16, se reprend d'elle-même, veut compter à partir de 1, mais s'embrouille et s'irrite au point qu'elle commence: janvier, février. Elle finit cependant par compter jusqu'à 4. Elle ne nomme pas 23, mais ouvre et ferme 4 fois sa main, puis après une légère hésitation, montre trois doigts,

Au lieu de 6 elle écrit 3, mais reconnaît le 6 entre plusieurs chiffres.

Au lieu de 12 elle écrit 13, elle reconnaît son erreur en comptant sur ses doigts ; entre plusieurs nombres, elle montre 12, et dit en montrant le 13, « un de plus », au lieu de 128 elle écrit 123, mais se corrige d'elle-même et transforme le 3 en 8.

Langues vivantes. — La langue maternelle de Mlle Pé... est le français, mais au cours de ses tournées elle a appris l'Italien. Elle ne se souvient plus, dit-elle, de cette langue.

Surdité verbale. — On lui demande ce que signifie le mot *scatola* (boîte), elle hésite, explique que ce sont des planches, finit par dire escabeau ; quand on lui montre une boîte, elle reconnaît son erreur.

Sans hésitation elle traduit *specchio*, une glace ; elle ne peut traduire *cortine* (rideau).

Elle traduit *stivali* (bottes) par chapeau, il suffit de lui dire le mot *capello* pour qu'elle le reconnaisse et recherche ce que signifie *stivali ;* elle le traduit par pantoufle.

On lui demandait ce que veut dire *Oggi* (aujourd'hui).

R. — Demain, non, pas demain, maintenant, ce jour.

Elle traduit exactement *domani* pour demain.

D. — *Che tempo fo oggi ? (Quel temps fait-il aujourd'hui ?)*

R. — Beau temps. » Mais elle ne peut le traduire en italien.

D. — *Che ora é ? (Quelle heure est-il ?)* Elle tire sa montre.

D. — *Sono le otto ? (Est-il huit heures ?)* Elle dit : « Huit heures ? Oh non ! deux. »

C'est toujours en français qu'elle répond ; elle fait remarquer : « Je comprends, je ne peux pas dire, c'est drôle ! »

On lui lit cette phrase : « *Ho un gran dolor di capo é di reni ed ho freddo in tutto il corpo.)* » (J'ai grand mal à la tête et aux reins, et j'ai froid par tout le corps.) Mlle P... explique : « mal... la tête... les reins, tout le corps mal. » On insiste pour qu'elle

traduise « *ho freddo* », elle ne peut y arriver, dit qu'elle ne sait plus ; on lui demande si elle connaît le mot *calor*. « Oui chaud ». « Et *freddo* ? Ah ! froid. »

Cécité verbale. — Elle ne peut lire à haute voix le texte italien qu'on lui propose, sauf le mot *signor*, elle en comprend pourtant le sens.

Elle lit, toujours sans l'énoncer : « *Fa freddo oggi* », elle traduit immédiatement : « Il fait froid maintenant », elle fait de même pour la phrase : « *Ui dolgono i denti* » : « les dents... faire mal. »

Quand on écrit un mot italien, elle le comprend généralement, mais ne peut le prononcer.

Carta. — R. Du papier.

Cucchiai (couteau). R. Une cuillère.

Bicchiere (verre). — R. — Elle fait le geste de boire.

Le Stelle. — R. — Les étoiles.

Agraphie. — On lui dicte cette phrase : « *La salute é il piu prezioso dei tesori* » ; on lui dicte mot à mot, lettre à lettre, elle écrit : « ba ltacous tat ».

On lui donne à copier : « *Dante aveda bien ragione di vire que l'Inferno e salciato dei buoni proponimenti* ». (Dante avait bien raison de dire que l'enfer est pavé de bonnes intentions).

Elle copie assez facilement, mais en dessinant les lettres.

On lui demande alors de traduire, elle dit : « l'enfer... » *salciato* l'arrête ; elle ne le comprend pas ; elle montre *buoni proponimenti* et traduit « Vouloir bien ». Comme elle s'arrêtait après *solciato* ; on dit « *E poi* » ; elle traduit aussitôt « Et après »

On essaie de lui faire répéter des phrases ou des mots, elle n'y parvient pas.

Outre l'italien, Mlle Pé... avait appris quelques mots d'allemand, mais elle connaissait à peine cette langue.

Elle comprend le mot *tanzen* (danser) elle ne comprend pas *singen* (chanter).

On lui demande : « *Was ist das, singen* ? » elle répète d'elle-même et très correctement cette phrase, prononçant exactement *sing'n*, et finit par dire que cela signifie boire.

Amusie. — Pour cette partie de l'observation, voir au chapitre spécial (page 73).

Etat intellectuel. — Mlle Pé... on a pu s'en rendre compte, n'est pas du tout affaiblie au point de vue intellectuel.

Sa mémoire est excellente, elle dit elle-même qu'elle se souvient bien des faits importants de son existence, d'autant mieux qu'ils sont plus anciens, qu'elle n'a oublié que les « babioles ».

Quand elle évoque quelque souvenir, les mots lui échappent souvent, elle y supplée par une mimique abondante et des explications nombreuses.

Elle raconte ainsi l'histoire de sa vocation : « Petite... dire : danser ! Maman, non ! Moi, si ! Ai dansé ! »

Elle rappelle des souvenirs de ses tournées ; de ses directeurs, de ses camarades.

Voici un exemple de la façon dont elle s'explique : « Marguerite L .., homme, femme. Elle femme, pantalon d'homme, costume d'homme. Moi aussi, homme quelquefois, mettre pantalon, être frère ou amoureux », enfin elle finit par dire « Travesti ».

Elle garde du reste une excellente humeur et a pris son parti de sa nouvelle existence ; elle se prête parfaitement à nos examens, elle n'en montre aucune impatience, et témoigne au contraire d'une vive joie quand elle s'est fait comprendre ou que nous lui avons rappelé un mot oublié,

Mlle Pé... présente le tableau à peu près complet de l'aphasie motrice.

Complètement aphasique à son entrée, n'ayant plus

à sa disposition que le mot oui, Mlle Pé... a récupéré en quelques années une notable partie du vocabulaire et chaque jour, elle réapprend quelques mots ; la syntaxe seule laisse à désirer. Mlle Pé... présente encore de l'agrammatisme.

Le vocabulaire dont elle dispose est du reste insuffisant et elle a recours à des périphrases, a des associations d'idées ; comme la plupart de ces malades, elle revient à ce que Gilbert Ballet nomme la désignation par la qualité : le quai, c'est où on attache les bateaux, le médecin est un ancien interne.

La parole chantée est bien mieux conservée que la parole parlée, caractère absolument classique. L'audition est bien conservée et il n'y a qu'un léger degré de surdité verbale.

Sa cécité verbale aussi a une allure parfaitement classique. Mlle Pé... reconnaît les noms propres, en particulier le sien, elle ne le décompose pas, mais elle le reconnaît à son allure générale.

L'aphasique devine le mot en partant d'une partie du mot correctement saisie et, cette partie serait généralement l'initiale ou la première syllabe : c'est ainsi que Mlle Pé... lit *Pra*gue au lieu de *Pra*delles.

Au point de vue de l'agraphie. l'écriture spontanée est abolie, au nom près, et Mlle Pé..., comme tous les aphasiques, n'oublie pas le paraphe : le nom, ou mieux la signature, est un emblème que le malade dessine sans le décomposer. L'écriture sous la dictée n'est pas moins altérée.

Mais, et en cela elle s'écarte de la loi générale, Mlle Pé... copie l'imprimé en imprimé ; cela est classique chez le sensoriel, mais rare chez le moteur, capable de transformer l'imprimé en cursif.

On trouve les mêmes caractères dans les langues vivantes, mais l'aphasie motrice est complète. Mlle Pé... comprend ce qu'elle lit ou ce qu'elle entend, copie ou écrit l'italien comme le français, mais est incapable de s'exprimer dans cette langue, elle est actuellement pour l'italien, au point où elle était au commencement de sa maladie pour le français ; à la suite de l'ictus il y a eu abolition de la mémoire motrice pour les deux langues, mais Mlle Pé... s'entraîne à parler français, tandis que voici bien des années qu'elle n'a eu l'occasion de parler italien. On a du reste noté que chez les aphasiques polyglottes, les langues sont comprises avant d'être parlées.

L'évolution de l'aphasie a été somme toute favorable ; ce qui n'est pas rare dans l'aphasie motrice vraie mais il faut tenir compte de la rééducation dont nous voulons dire ici quelques mots.

Mlle Pé... a eu l'heureuse chance de trouver, parmi les pensionnaires, une malade qui s'intéressa à elle, la fit travailler et recommença son éducation : les résultats nous les voyons aujourd'hui.

L'aphasie est en effet améliorable par cette méthode ; on essaie de réveiller chez ces malades les images visuelles, auditives et motrices qui souvent sont seulement endormies ; les centres retentissent les uns sur les autres, on se servira du moins touché pour essayer de

faire revivre les autres. Gilbert-Ballet dans une curieuse auto-observation, a montré comment les images visuelles peuvent raviver les images motrices, et Fischer, dans sa thèse de Bordeaux, a recherché comment et sous quelles influences se fait le retour des mots dans l'aphasie.

Plusieurs cas de rééducation ont été ainsi signalés Malheureusement, une tâche pareille nécessite une patience à toute épreuve et demande pour être menée à bien une assiduité, une continuité qu'on ne peut trouver que chez des parents ou chez des amis, et que le médecin, absorbé par ses autres occupations, ne peut guère donner.

Il faut compter aussi avec l'état d'esprit du sujet, avec sa mentalité.

Mlle Pé... a apporté à l'œuvre de sa rééducation une entière bonne volonté ; désireuse de retrouver non seulement le mouvement mais encore la parole, elle s'est prêtée à tout ce que son éducatrice lui demandait ; elle était de plus servie par son intelligence naturelle que l'ictus paralytique n'avait que peu touchée ; elle était encore jeune, condition extrêmement favorable.

Plus le sujet est jeune, en effet, plus il a chance de guérir ; on voit quelquefois chez les enfants survenir sous des causes diverses des aphasies absolument identiques à celles de l'adulte, il est rare qu'elles ne guérissent pas complètement. On en a donné pour raison que dans la jeunesse les cellules ne sont pas encore si spécialisées que l'atteinte des unes ne puisse être suppléée

par les autres. Mme Decanosoff, qui a consacré sa thèse à ce sujet, donne une statistique de 57 guérisons complètes, et 18 partielles sur 87 cas observés.

La rééducation n'aurait que des résultats décourageants chez Mme Pr... (Obs. I) ; celle-ci ne s'occupe que de son bras, lorsqu'elle pourra reprendre son aiguille elle s'estimera heureuse ; quant au langage, c'est une perte dont elle ne s'afflige point.

De pareilles dispositions, chez une femme de 70 ans, d'intelligence très moyenne, risqueraient fort de compromettre le résultat de l'éducation. Signalons cependant que Froment et Monod, ont communiqué à la Société de neurologie une nouvelle méthode de rééducation, basée sur l'évocation des images auditives, qui donne des résultats «d'une surprenante rapidité» et conviendrait aux malades inintelligents ou inattentifs.

OBSERVATION IV

Ictus le 5 novembre 1913

Hémiplégie droite classique. -- Aphasie motrice complète. -- Aphasie sensorielle : pas de surdité ni de cécité verbales.-- Epreuves de Lichtheim-Dejerine et de Thomas et Roux positives. -- Apraxie.

La nommée B... Eugénie, âgée de 55 ans, entre le 7 novembre 1913 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de clinique médicale de M. le Professeur Ollive.

Elle est atteinte d'une hémiplégie droite survenue sans perte

de connaissance, deux jours auparavant : c'est une hémiplégie classique, avec exagération des reflexes et signe de Babinski.

Au point de vue aphasie, on constate que le langage de la malade est réduit au mot « non », elle le répond à toutes les questions, en le répétant et en le modulant avec une grande variété d'intonnations et avec des gestes appropriés ; lorsqu'elle veut affirmer, elle fait signe de la tête en répétant « non, non ».

Elle ne présente aucune surdité verbale : elle comprend toutes les questions, touchant son âge, ses enfants : elle n'a qu'un fils et à l'aide d'une pantomime très expressive, fait comprendre qu'il a le même âge qu'un des élèves présents.

Elle ne se trompe pas une seule fois dans les ordres qu'on lui donne, ni dans les objets qu'on lui demande.

La malade subit très correctement l'épreuve de Lichtheim Dejerine, elle montre le nombre de syllabes des mots et ne se trompe que pour *leclure (*2 syllabes*)* et *remarquablement* (4 syllabes). La lecture est assez difficile : cependant si l'on écrit gros, en formant bien les lettres et si on lui laisse le temps d'épeler, elle parvient à lire. Elle se tire passablement de l'épreuve de Thomas et Roux (v. page 19) ; il faut tenir compte de l'instruction rudimentaire de la malade.

L'examen de l'écriture nous révéla un trouble intéressant. On pose devant la malade un porte-plume et on l'invite à écrire son nom : de la main gauche elle essaie de prendre le porte-plume : elle le saisit à poignée, comme un manche de couteau, et elle essaie d'écrire. N'y parvenant pas, elle lache le porte plume, le reprend, cette fois avec deux doigts et ne parvient pas à le saisir normalement : elle s'énerve, pleure, dit « non, non, non » d'un ton coléreux, parait irritée et navrée de sa maladresse.

Continuant l'examen dans ce nouveau sens on lui tend un verre qu'elle a peine à porter à sa bouche ; on lui donne une boîte d'allumettes, elle la prend, en retire une allumette et la frotte maladroitement à côté du frottoir.

La malade ne resta à l'Hôtel-Dieu que quelques jours et réclama sa sortie.

Cette observation s'oppose aux précédentes pour donner le tableau d'une autre variété d'aphasie, l'aphasie motrice pure ou aphasie motrice sous-corticale de Déjerine.

Dans cette variété, les troubles de la parole parlée sont les mêmes que dans l'aphasie corticale et souvent même plus accentués, le malade ne s'exprime plus que par sons inarticulés.

Le langage intérieur est conservé intact, mais le malade ne peut l'extérioriser par la parole. « Il a conscience du mot qu'il veut émettre, dit le professeur Mirallié, mais il a perdu le fonctionnement spécialisé des organes en vue du langage, alors qu'il a conservé le fonctionnement de ces mêmes organes pour tous les mouvements autres que ceux du langage ». Cette intégrité nous est prouvée par l'épreuve de Lichtheim-Déjerine : elle consiste à faire répéter au malade un geste convenu (serrement de main, effort d'expiration) autant de fois qu'il y a de syllabes ou de lettres dans le mot. Dans le cas particulier que nous présentons, il y a des erreurs, compréhensibles de la part d'une illettrée.

Au point de vue sensoriel, pas d'alexie, même quand le mot est décomposé en syllabes, ainsi que le recommandent Thomas et Roux, pas de surdité verbale.

En général, l'aphasie motrice pure ne comporte pas

d'agraphie. Dans le cas présent, l'examen de l'écriture était rendu bien difficile par l'apraxie.

L'apraxie est un syndrome assez nouvellement introduit en semeiologie nerveuse, car s'il avait été entrevu en 1866 par Jackson, il faut arriver aux débuts du XX^e^ siècle pour le voir nettement différencié et étudié par Wernicke et Lippmann en Allemagne, Raymond et Rose en France.

Pour Wernicke, les actes dits volontaires ne sont que des actes réflexes : la perception d'un objet évoque l'image sensorielle de l'objet perçu avec tous ses caractères, et de là un travail d'associations d'idées, de jugements basés sur une expérience antérieure détermine un acte dont le but est en rapport avec cet objet.

Il y a donc, comme dans tout réflexe, trois voies : la voie psychosensorielle, la voie interpsychique, la la vie psychomotrice.

L'apraxie est un trouble de la voie psychomotrice, les troubles de la voie psychosensorielle étant différenciés sous le nom d'agnosie. « Il y a apraxie, dit Lippmann, quand un sujet qui comprend les ordres qu'on lui donne, reconnaît les objets qu'on lui présente et n'est pas paralysé ne peut accomplir les mouvements propres à l'exécution d'un acte visuel et fait à leur place des mouvements sans signification ».

Mais on a reconnu que sous le nom d'apraxie on rangeait des phénomènes quelque peu différents et on en vint à distinguer trois formes d'apraxie : l'apraxie motrice, de Kleist, l'apraxie idéomotrice de Lippmann,

l'apraxie idéatoire de Pick. L'apraxie motrice a été peu étudiée; l'apraxie idéomotrice consiste dans l'impossibilité d'accomplir un acte, impossibilité plus ou moins complète mais qui n'est pas en rapport avec la difficulté de l'acte et se limite à un groupe musculaire déterminé; l'apraxie idéatoire ne s'observe que dans les actes compliqués, décomposables en nombreux actes partiels et demandant une attention soutenue : les gestes faits par le malade ne sont pas amorphes, comme dans l'apraxie idéomotrice, ils sont seulement inadaptés, hors de cause avec le but. C'est dans cette catégorie que se range notre malade, qui voulant écrire saisit le porte-plume à poignée, ou voulant allumer une allumette frotte la boîte sur son lit.

Au point de vue semeiologique, la majorité des auteurs pense que l'apraxie idéomotrice du côté droit indique une lésion de l'hémisphère gauche, et l'apraxie du côté gauche une lésion du corps calleux et que l'apraxie idéatoire indique seulement des lésions diffuses, sans localisation particulière. Rappelons que le professeur Gilbert Ballet a appliqué à l'aphasie la théorie de l'apraxie, et nous en signalerons plus tard l'application à l'amusie.

OBSERVATION V

Ictus paralytique le 3 janvier 1914. — Hémiplégie droite incomplète. — Syndrome pyramidal. — Aphasie motrice complète. — Légère aphasie sensorielle. — Amélioration rapide de l'aphasie. — Mort le 20 janvier. — A l'autopsie foyer hémorragique de la couche optique.

J... Julienne, 63 ans, entre le 8 janvier 1914, à la salle 18 de

l'Hôtel-Dieu. Le samedi 3 janvier, elle avait eu un ictus, avec perte de connaissance, à la suite duquel elle fut frappée d'hémiplégie complète du côté droit avec perte absolue de la parole.

A son entrée, cinq jours après l'ictus, on constate une hémiplégie droite incomplète, par suite d'une amélioration ayant porté sur la face et le membre inférieur, le membre supérieur restant paralysé.

Les réflexes sont forts, avec départ brusque ; le signe de Babinski est net à droite. La malade est plongée dans une somnolence qui rend assez difficile l'examen de l'aphasie.

Quand on l'appelle elle ouvre les yeux et regarde du côté d'où vient la voix ; elle ne répond que de façon inintelligible quand on lui demande son nom ; si on lui énumère les noms des malades du service, elle répond « non » et dit « oui » quand on lui cite le sien. La parole répétée est assez bonne.

Certains ordres sont exécutés, d'autres pas ; elle se trompe chaque objet qu'on lui demande.

Bien que la malade ait montré avec beaucoup d'hésitation la lettre E, la cécité verbale paraît complète.

L'état de la malade s'améliora rapidement ; le 14 janvier on pouvait constater tout d'abord une diminution considérable de l'aphasie motrice : la malade parlait assez bien, nommait tous les objets qu'on lui présentait ; la surdité verbale avait complètement disparu. Seules persistaient l'agraphie et l'alexie, qui paraissaient peu en rapport avec les autres symptômes. Le frère de la malade nous en donna l'explication. Malgré ses affirmations réitérées, Julienne J... ne savait ni lire, ni écrire.

Cette amélioration de l'aphasie se maintint les jours suivants, mais des escharres déjà menaçantes à l'entrée s'étaient formées et la malade mourut le 20 janvier.

A l'ouverture du crâne, le cerveau se montre absolument normal, sans aucune lésion corticale de la zône du langage, mais une coupe de Flechsig fait découvrir dans l'hémisphère droit un

foyer hémorragique occupant la région thalamique. La couche optique a complètement disparu, remplacée par une cavité à parois tomenteuses, ramollies, remplie de sang à demi coagulé. La capsule interne, le noyau caudé, le noyau lenticulaire sont intacts, mais l'hémorragie a fusé dans le prolongement postérieur du ventricule latéral ; les autres prolongements, les plexus choroïdes sont indemnes.

Ainsi donc, voici un cas d'aphasie type Broca, sans lésion de la zone de langage, mais avec lésion bien circonscrite de la couche optique droite.

Il ne faudrait point en conclure à la faillite des localisations ; même avant l'ouverture du crâne, l'amélioration trop rapide de l'aphasie devait faire prévoir qu'on ne trouverait pas de lésion corticale importante.

L'aphasie transitoire s'explique par le choc et la compression des faisceaux blancs, de même le signe de Babinski était dû à la simple compression du faisceau pyramidal. C'est l'aphasie par troubles dynamiques de certains auteurs.

Remarquons aussi que la régression rapide de l'hémiplégie cadrait bien avec la région, et annonçait la constitution du syndrome thalamique.

OBSERVATION VI

Parésie droite survenue sans perte de connaissance. — Cécité verbale. — Peu de surdité. — Aphasie motrice évoluant rapidement vers la guérison. — Agraphie. — Affaiblissement intellectuel. — A l'autopsie : hémorragie de l'artère sylvienne au niveau de l'insula.

Mathilde F..., ménagère, 66 ans, entrée le 11 mai 1913 dans le quartier des vieillards de l'hospice Saint-Jacques, a été frappée d'hémiparésie droite le 27 juin 1913.

Il n'y a pas eu de perte de connaissance, mais, depuis plusieurs jours, Mme F... se plaignait de violentes céphalées. Le 27 juin, au matin, ses compagnes de dortoir s'aperçurent qu'elle ne pouvait plus ni remuer, ni parler.

La parésie domine à la face ; les membres, et surtout le membre supérieur, sont peu touchés.

Au point de vue aphasique, la malade fait tout d'abord l'impression d'une sensorielle. Quand on lui parle elle répond par de très longs discours ; mais la voix est basse, à peine articulée, et, malgré les artifices employés pour pouvoir l'entendre, on ne peut saisir ce qu'elle dit.

Elle ne présente pas cependant de surdité verbale, elle exécute les ordres qu'on lui donne, et elle comprend, semble-t-il, beaucoup plus que le sens général de la phrase.

Sur demande, elle lève et ferme la main, la porte à son nez ; si on lui demande où elle souffre, elle montre la moitié gauche de la face.

Elle prend exactement chaque objet qu'on lui désigne. Pendant que nous l'examinons, une de ses compagnes de salle lui demande si elle veut boire un peu de café, il semble bien que la malade comprenne, car elle fait un signe affirmatif et tend la main vers sa tasse ; la religieuse du service et les malades ont d'ailleurs constaté que Mme F... comprend tout ce qu'on lui dit, mais elle ne répond que par de longues phrases à voix basse.

Nous faisons la même remarque. Avant de répondre, la malade réfléchit longuement, il semble qu'elle fasse effort, qu'elle se livre à un pénible travail cérébral, puis elle répond longuement, la voix est malheureusement comme un souffle. Quelque fois on distingue certains mots.

D. — *Vous êtes mariée ?* R. — Incombréhensible.

D. — *Vous êtes veuve ?* R. — Oui, monsieur, mon mari est... (Le reste de la phrase est indistinct, peut-être a-t-elle prononcé le mot mort.)

On lui dit de répondre seulement oui ou non ; elle recommence une longue phrase qu'on ne peut comprendre. Pour tous les objets qu'on lui demande de nommer, elle tient un long discours. Elle répète assez distinctement : « Je suis entrée ici en 1912. » Elle y ajoute quelques mots.

Cécité verbale. — Nous écrivons : « Levez la main », elle regarde sans bouger.

D. — *Lisez-vous ce qu'il y a écrit* ? — Oui.

D. — *Alors faites ce qu'il y a écrit.* — La malade regarde le papier, semble faire effort, prononce quelques mots incompréhensibles, mais ne lève pas la main.

Tous les ordres ou questions écrits, obtiennent le même résultat : longues phrases prononcées tout bas, et aucune exécution.

Cependant il semble bien que la malade ne présente pas une cécité verbale complète,

En effet nous écrivons le mot couteau, en l'invitant à nous donner cet objet. Elle chuchotte encore, nous croyons entendre : « Je ne peux pas bien lire » et elle reste immobile. Nous lui présentons une clef en disant : « Est-ce cela ? » Elle fait signe que non, et prend le couteau en disant quelques mots, peut-être : « C'est ça ».

La même épreuve avec quelques autres objets réussit de même. On lui donne l'écriteau qui est à la tête de son lit ; elle montre chaque mot l'un après l'autre, en disant toujours à voix basse nous ne savons quoi ; il est certain cependant qu'en montrant son nom, ce n'est pas lui qu'elle prononce. Quand on lui fait voir son nom, elle se désigne. Elle distingue très bien son écriteau d'un autre ; elle distingue son nom entre plusieurs autres très semblables.

Quand on l'invite à montrer la lettre l dans une feuille imprimée, elle montre toutes sortes de lettres.

Agraphie. — Avant son ictus, Mme F... écrivait très convenablement ; maintenant, que l'écriture soit spontanée, dictée, copiée sur manuscrit ou sur imprimé, Mme F... trace des griffonnages, des traits sinueux qui ne signifient rien. Il est à remarquer qu'elle est aussi prolixe en écriture qu'en paroles, si on ne lui retirait le papier, elle continuerait à écrire.

Au point de vue de l'état général notons que la malade est dans un état somnolent peu propre à l'examen.

Deuxième examen le 15 juillet. — Une légère amélioration s'est manifestée dans l'état somatique de la malade, elle est en particulier moins somnolente, la voix est plus distincte, on saisit quelques lambeaux de phrases.

D. « *Comment allez-vous aujourd'hui ?* — *R.* Je ne sais pas... je ne peux pas dire... quelque chose... je ne peux pas parler plus haut.

D. Où donc avez-vous mal ? — *R.* J'ai eu peur... (elle montre sa poitrine)... un peu plus bas.

D. Depuis combien de temps ? — *R.* Voilà... je ne peux pas dire... il y a mon fils.

Cependant beaucoup de phrases sont difficiles à comprendre.

Elle nomme exactement l'encrier, une clef, elle ne peut nommer le pinceau, nomme le porte-plume, un crayon. On lui demande de lire quelques lignes : elle prononce des mots sans suite ou passent par instant quelques syllabes du texte, en insistant un peu, on finit par la faire lire à peu près.

Elle montre assez exactement les lettres qu'on lui demande dans une ligne imprimée, mais ne peut nommer celles du mot Angers qu'elle a lu.

Elle semble ne pas reconnaître son nom écrit en majuscules d'imprimerie.

L'écriture présente toujours les mêmes caractères.

Troisième examen, le 26 juillet. — Mme F... parle mieux, quoique à voix basse ; elle répond bien aux questions, ses propos sont parfaitement sensés. « Je ne peux pas parler plus haut, ça m'ennuie, ça ne fait pas mal, mais je n'ai pas la force ».

La lecture présente quelques phénomènes particuliers ; parfois la malade lit correctement, mais le plus souvent elle épèle et semble ne pas comprendre ce qu'elle lit, parfois aussi elle présente un certain degré de jargonaphasie en lisant. Elle lit ce titre : « Catalogue médical, médecine, chirurgie, pharmacie, chimie » de la façon suivante : « Catalogué, médicalèche, médicanèche, sirergie, pharmakia, chimèche ».

Correspondance d'Océanie, devient *Correspédance onanic* enfin elle énonce « chapeau » *apexira*. Cela ne l'empêche pas dire : « Je lis très bien ». Elle montre à peu près exactement les *a*, les *u*. Toujours même caractères de l'écriture.

Son attention semble se fatiguer rapidement.

Quatrième examen le 7 août. — Maintenant Mme F... parle distinctement, elle répond très bien aux questions qu'on lui pose.

Elle se plaint de céphalée, demande qu'on lui donne quelques remèdes et aussi une tisane quelconque, parce qu'elle a toujours soif.

Sur la question de son âge, elle reste muette, puis finit par dire : « je ne me rappelle plus ».

Elle fait la même réponse si l'on lui pose la question par écrit.

Quand on écrit : « Comment vous appelez-vous ? » elle regarde et ne dit rien. Quand on écrit : « Dites-moi votre nom », elle lit à haute voix « votre nom » et ne répond pas.

On écrit son nom entouré d'autres à peu près semblables elle le reconnait après quelques hésitations. Sur une entête d'ordonnance, elle lit : *Consultation gratuite, Hôtel-Dieu*, écrits en

imprimé, et ne peut lire, *Nantes, le ..... 19..* écrit en cursive.

Elle lit le titre *Le Petit Journal*. On lui demande de lire *Les fêtes de Hoche à Versailles*. Elle lit « les fêtes de... (hésite) Hoche, à .... (un mot incompréhensible).

Elle ajoute, « J'ai de la peine à lire, je suis bien fatiguée ».

Depuis cinq semaines que Mme F... était au lit, des eschares de décubitus s'étaient formées malgré les précautions prises.

Mme F.... s'affaiblit progressivement et elle mourut le 11 aout 1913.

L'autopsie fut pratiquée 24 heures après la mort : à l'ouverture du crâne on trouva les méninges épaisses, dures, assez adhérentes au cerveau, l'encéphale complet pèse 1.250 grammes. On découvre dans le lobe de l'insula un large foyer hémorragique. Ce foyer, consécutif sans doute à une hémorragie de l'artère sylvienne, occupe tout le lobe de l'insula. Les caillots jaunâtres et rougeâtres, en voie d'organisation, remplissent toutes les rigoles de l'insula; particulièrement la supérieure, qui prend l'aspect d'une vaste cavité, et ils débordent en dehors la scissure de Sylvius. Au niveau du pôle on constate un foyer assez net de ramollissement, quelques autres sur les circonvolutions insulaires.

Ces zones de ramollissement semblent pénétrer à une certaine profondeur. En pratiquant une coupe de Brissaud, on constate que l'hémorrhagie a fusé dans la profondeur jusqu'à la capsule extrême et l'avant-mur. Les noyaux lenticulaires sont intacts. Il n'y a pas de communication du foyer hémorragique avec les ventricules. Le pied de la troisième frontale gauche et les circonvolutions temporales sont intacts. L'artère sylvienne ayant été détachée soigneusement du cerveau est examinée sous l'eau, on constate qu'elle a perdu de sa souplesse ; elle est assez dure, présente par endroits des plaques d'athérome et des anévrismes miliaires.

L'intérêt de cette observation réside d'une part dans ce fait que nous avons pu suivre cette malade du commencement à la fin de sa maladie, d'autre part dans les résultats de l'autopsie.

Sur le premier point, nous ferons remarquer la complexité des phénomènes déterminés par la lésion causale : affaiblissement intellectuel se traduisant par la torpeur dans laquelle la malade a été plongée pendant presque toute la durée de sa maladie, amnésie complète (elle ne se souvenait pas de son âge et semblait ignorer sa famille) ; phénomènes d'asthénie (je n'ai pas la force de parler), aphasie, conséquence pour Pierre Marie de cet affaiblissement.

L'amélioration a été lente et est restée partielle, elle n'a guère porté que sur l'aphémie ; la cécité verbale n'a pas évolué, elle est restée à la fin ce qu'elle était au commencement ; il s'y est cependant ajouté un phénomène assez singulier : c'est la jargonaphasie paraissant seulement à la lecture ; Mlle Skwortzoff avait déjà signalé dans sa thèse que « les aphasiques présentent parfois le phénomène de paraphasie pour la lecture, c'est-à-dire qu'en lisant ils prononcent un mot pour un autre ».

Cette jargonaphasie présentait dans une certaine mesure ce que Gairdner a appelé l'intoxication par la lettre, c'est-à-dire que le malade ne cesse de répéter ou met partout une lettre quelquefois une syllabe, ou un mot entier. Un malade observé par Bastian, au lieu d'écrire : « *Royal, naval...* écrivait *Royondednd naven-*

dendd ; il présentait de l'intoxication par la syllabe *dendd* ; Mme F... présente un certain degré d'intoxication par la syllabe *èche* : *médicalèche, médicinèche*, etc. Ce sont là vraisemblablement des formes d'évolution ; l'amélioration portant dans un sens ou dans l'autre détermine des modalités spéciales de l'aphasie, qu'il faut se garder d'ériger en formes cliniques particulières.

La surdité verbale n'a jamais été très marquée.

En somme, dans tous les phénomènes présentés par Mme F... il faut comme chez Mme Pré... (Obs. I), faire la part de l'affaiblissement intellectuel — qui n'existait pas auparavant — et de l'épuisement rapide de l'attention ; si on y ajoute l'impossibilité d'articuler les sons, Mme F..., semble rentrer dans le cadre de l'aphasie suivant P. Marie, elle y rentrerait aussi par la lésion siégeant à l'insula.

Rappelons que toute la région du langage et les noyaux centraux sont irrigués par l'artère sylvienne et ses branches, dont l'une (une des artères lenticulo-striées) a reçu de Charcot le nom d'artère de l'hémorragie cérébrale. On conçoit donc que Moutier ait pu appeler l'aphasie, le syndrome de l'artère sylvienne.

Des circonstances indépendantes de notre volonté ne nous ont pas permis de faire un examen anatomo-pathologique par la méthode de Pal et Weigert. Les méthodes ordinaires (picro-carmin, hématéine, bleu de Nissl) ont montré des lésions banales de ramollissement.

L'AMUSIE

La définition étymologique de l'aphasie élargie par Charcot s'étend à toutes les formes par lesquelles l'homme peut exprimer sa pensée.

Le langage écrit ou parlé est sans doute la plus fréquente et partant la plus importante de ces formes, mais n'est pas la seule, il semble même qu'elle soit la plus récente.

Nous ne recherchons pas les origines du langage, question controversée et depuis longtemps, puisque au dire d'Hérodote le roi Cambyse lui-même tentait d'y apporter une solution.

Il semble bien que le langage chanté ait précédé le langage parlé. L'homme primitif dut tout imaginer d'après les exemples que lui fournissait la nature. Pour exprimer ses sentiments confus, ses besoins rudimentaires, pour extérioriser, en un mot, son embryonnaire intellectualité, il dut, sur le modèle des animaux, et des oiseaux en particulier, moduler des sons de hauteur variable, recourir à une mélopée primitive comme lui, mais qui suffisait à son désir, aussi vieux que la race humaine,

de se faire comprendre de ses semblables, de leur faire partager ses joies et ses peines, ses espoirs et ses craintes.

Certains peuples ont conservé le langage chanté : la hauteur du son a une importance primordiale en chinois : le même mot, suivant la façon dont il se module peut avoir les sens les plus contraires ; il en est de même dans la langue annamite que le général Frey, philologue très compétent en langues asiatiques, regarde comme la plus ancienne de toutes les langues et les missionnaires portugais, qui l'étudièrent les premiers, durent, pour noter son vocabulaire, se servir d'une portée de trois lignes.

Cependant, et peut-être devant la complication de ce langage chanté, on en vint à lui substituer un autre procédé où la hauteur des sons n'avait plus aucune importance. Mais cette notion de hauteur fut conservée dans un but particulier et devint le début d'un langage à part qui évoluant lui aussi à travers les siècles constitua la musique.

Puisque l'origine de la musique et du langage est la même, il est légitime de rattacher à l'aphasie les troubles des facultés musicales ou amusies. Cet important chapitre est de création récente ; longtemps confondues avec les aphémies, les agraphies, les cécités ou surdités verbales, mentionnées en quelques lignes, les amusies n'ont formé que depuis peu le sujet d'études spéciales.

On avait bien remarqué cependant que des aphasiques avaient gardé la possibilité de chanter des mélodies compliquées, parfois même avec des paroles qu'ils étaient incapables de prononcer en parlant.

Gassendi racontant que le conseiller Fabri du Peiresc, « dont la langue était enchaînée par une paralysie », retrouvait la parole en écoutant une mélodie qu'il aimait, fournit peut-être la première observation de ce genre.

Laissons de coté ces faits qui appartiennent à la préhistoire de l'amusie, et arrivons à 1836 ou Falret signale un aphasique total qui chantait la *Marseillaise* sur le monosyllabe Tan. Le malade de Bouillaud (1865) ne pouvait lui non plus prononcer les paroles mais gardait la mémoire tonale.

L'année suivante, Proust publiait une observation d'alexie musicale : son malade chantait, écrivait la musique et même improvisait, mais ne pouvait lire une note. Finkelnburg, en 1870 signale un cas analogue ; Wernicke, dans son service de l'hopital de Tous les Saints, à Breslau, voit une femme de 59 ans qui sans cause bien connue fut atteinte de troubles aphasiques ; « Elle chante correctement, dit-il la chanson tyrolienne. *Wenn ich zu meiner Kinde geh* qui a été chantée par hasard par une autre malade. » Grasset en 1878 publie l'observation d'un aphasique moteur dont le lengage était réduit aux mots « pardi » et « b » et qui chantait sans aucune erreur la première strophe de la Marseillaise. Mademoiselle Skwortzoff, en 1880, dans sa thèse inaugurale, raconte qu'une de ses malades modulait correctement les airs qu'on lui avait appris, elle pouvait même achever les paroles des couplets lorsqu'on les commençait.

Mais, jusqu'à cette date, les troubles des facultés

musicales n'étaient considérés que comme des épiphénomènes de l'aphasie, on ne leur avait même pas donné de nom et il n'existait aucune étude d'ensemble de la question. Ce fut Charcot qui posa les bases cliniques de cette étude. Son malade, paralytique général au début, était à la fois trombone dans un orchestre et copiste de musique ; il fut brusquement mis dans l'impossibilité de copier la musique et cependant il pouvait encore la lire et la chanter mentalement : il était atteint d'« agraphie musicale » qui se compliqua bientôt d'« aphasie musicale », c'est-à-dire qu'il était devenu incapable de jouer de son instrument.

Charcot rapprochait l'aphasique musical de l'aphasique ordinaire ; il montrait que « l'image tonale (auditive) des notes existait, puisqu'en les lisant (image visuelle conservée) le malade les entendait mentalement)parole intérieure musicale), de même qu'il reconnaissait l'exactitude de la musique jouée par un autre, mais il y avait impossibilité de jouer et de copier la musique (images motrices d'articulations) ».

De l'existence de cette agraphie et de cette aphasie musicales sans agraphie et sans aphasie ordinaires, Charcot concluait à l'existence des centres musicaux analogues aux centres du langage et complètement indépendants de ceux-ci.

Brown-Sequard vint peu après appuyer les théories de Charcot en présentant un aphasique qui avait perdu la parole articulée mais conservait l'aptitude pour le chant.

Kast abonda dans le sens de Charcot : un jeune homme de 25 ans, aphasique à la suite d'un traumatisme crânien, reconnaissait les airs qu'on lui jouait, distinguait les notes justes et fausses, mais ne pouvait exécuter un air avec les tons et des intervalles justes. Kast établissait qu'il existait des centres musicaux indépendants des centres du langage.

Bernard, en 1885, dans sa thèse sur l'aphasie, ne fit qu'effleurer la question des aphasies musicales et signala seulement que « les aphémiques peuvent souvent non seulement varier l'intonation des vocables plus ou moins nombreux, plus ou moins bizarres qui demeurent à leur disposition, mais encore les chanter sur tel ou tel air connu ».

Lui-même avait observé une femme de 25 ans, ancien professeur de piano, atteinte d'hémiplégie droite avec contracture, cécité verbale incomplète et aphémie partielle, qui chantait exactement tant les paroles que la musique de la Ballade de *la Dame Blanche*, en faisant avec la main gauche les gestes d'accompagnement, sans qu'on ait pu vérifier du reste si ces gestes étaient bien exacts ; mais elle était atteinte en même temps de cécité pour les signes musicaux.

L'année suivante, Gilbert-Ballet, sous l'inspiration de Charcot, écrivait sa thèse d'agrégation sur le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie ; il ne s'occupe qu'incidemment des aphasies musicales : il admet que dans l'organisation successive des images auditives, celles des sons musicaux viennent avant celles des

mots, ce qui explique que certains aphasiques conservent la faculté de chanter. Peut-être aussi y a-t-il un réveil du centre d'articulation sous l'influence du centre auditif; au contraire, la cécité musicale précéderait la cécité verbale.

Les aphasies musicales qui commençaient donc à former dans l'histoire des aphasies un chapitre particulier, reçurent de Knoblauch en 1850 le nom d'amusies. Knoblauch voulut adapter les amusies au schéma des aphasies de Lichtheim et créa, en s'appuyant sur des analogies probables, neuf types d'amusies, mais ce n'était là, comme le dit Charcot « qu'un cadre sans tableau ».

Passons sur les faits isolés signalés par divers auteurs et arrivons au travail que Brasier publia en 1891 dans la Revue Philosophique : il distingua dans les amusies comme dans les aphasies, des *amusies de réception* (surdité et cécité musicales, alexie musicale), des *amusies de transmission* (amusie motrice vocale et motrice instrumentale) et des *amusies totales*.

La classification que Wallaschek proposa après lui est plus compliquée : elle comprend 6 formes.

L'Amusie motrice ou aphémie musicale : Le sujet ne peut chanter.

L'*amusie sensorielle :* Il méconnaît les valeurs tonales.

La *Paramusie :* Il chante avec des erreurs.

L'*Agraphie musicale :* Il ne peut écrire la musique.

L'*Alexie musicale :* Il ne peut la lire.

L'amimie musicale : il ne peut jouer d'un instrument.

Edgreen en 1894 recueille dans la littérature médicale 51 observations et en ajoute une personnelle, il les classe en trois groupes :

Aphasie sans amusie ; aphasie et amusie simultanées ; amusie sans aphasie.

Son observation concernait un homme de 34 ans paraphasique avec surdité verbale et amusie ; tandis que les autres troubles guérissaient en un mois, l'amusie persistait jusqu'à la mort, et à l'autopsie on constatait :

Destruction des 2/3 antérieurs de la première circonvolution temporale gauche, de la moitié antérieure de la deuxième temporale gauche, de la partie supérieure de la première temporale droite, avec intégrité des parties postérieures des première et deuxième temporale gauches.

Edgreen concluait lui aussi que les formes cliniques de l'amusie sont indépendantes de celles de l'aphasie et localisait la surdité des tons dans la partie antérieure des première et deuxième circonvolutions temporales.

En 1895, Brissaud, suppléant de Charcot à la Salpêtrière, signalait en passant les amusies et s'étendait sur ce qu'il nommait l'*aphasie d'intonnation*, perte de l'accent, de la musique, du langage ; l'existence de cette aphasie, en tant qu'entité clinique, a été contestée par l'école de Dejerine.

Bernheim, dans sa thèse de 1900 sur les aphasies motrices, passe rapidement sur l'amusie, n'y apporte aucun fait personnel, mais donne une méthode d'examen.

Les observations isolées que publient successivement Butlersack, Donath, Wurzen ne nous arrêterons pas. Signalons aussi, pour mémoire, la thèse de Bronislawski.

Dans le Traité de pathologie générale de Bouchard, Déjerine étudie l'amusie en la superposant à l'aphasie et déclare son anatomie pathologique inconnue.

Marinesco cependant admet que le centre du langage musical siège dans la zone du langage articulé au niveau du pied de la troisième circonvolution frontale.

Pick, la même année (1905) se place pour étudier les amusies au point de vue des qualités physiques du son et y distingue des troubles de hauteur, d'intensité, de timbre, de rythme et d'accent.

En 1906 Ingegnieros (de Buenos-Ayres) commence à publier une série de travaux qu'il condensa ensuite dans un livre sur lequel nous reviendrons.

Au Congrès de Lisbonne en 1906, à diverses séances de la Société de Neurologie et de la Société de Psychiâtrie, Dupré, Nathan, Charpentier apportent leur contribution à l'étude des amusies qu'ils divisent en motrices et sensorielles et réunissent leurs observations dans un même ouvrage, « Le langage musical » (1911).

Lamy présente à la Société de Neurologie, le 4 juillet 1907, un professeur de violon, aphasique sensoriel incomplet, avec jargonaphasie et jargonagraphie ; il était atteint en outre de troubles des facultés musicales, consistant surtout en perte de la mémoire, il ne reconnaissait aucun air, même les plus simples et les plus connus

comme « Au clair de la lune » ou « J'ai du bon tabac », même ceux qu'il venait d'improviser. Cette amusie était contraire à la loi de Ribot car elle portait plutôt sur les organisations anciennes.

Revenant à la question anatomopathologique Lustritzki observe chez un amusique : le ramollissement de la région antérieure du lobe temporal gauche et de la pariétale inférieure, l'atrophie de la pariétale ascendante, l'intégrité des centres de Broca et de Wernicke.

En 1907 le professeur Ingegnieros publie : « Le langage musical et ses troubles hystériques. »

Nous passerons sous silence la première partie de ce livre où il étudie la psychologie musicale. Dans la deuxième partie Ingegnieros, après avoir établi le parallèlissime génétique et psychophysiologique du langage articulé et du langage musical, admet pour celui-ci des centres analogues à ceux du langage articulé avec en plus un centre de l'exécution instrumentale, variable suivant les groupes musculaires qui interviennent dans la technique de l'instrument.

Ces centres sont spécialisés dans les centres du langage ordinaire et restent en relation avec eux.

Pour ce qui est des troubles amusiques, Ingegnieros dresse le tableau suivant :

AMUSIES
- SENSORIELLES
  - *Surdité musicale.*
  - *Alexie musicale.*
- MOTRICES
  - *Aphemie musicale.*
  - *Agraphie musicale.*
  - *Aphémie instrumentale.*

HYPERMUSIES	*Exagérations et impulsions musicales.*
PARAMUSIES	*Phonophobies.*
	Dissonophobies.
	Transpositions sensorielles.
	Perversions du goût musical.

Cependant en Allemagne, Pick et Lippmann appliquaient à l'amusie les théories de Wernicke sur l'apraxie et, faisaient de l'aphémie instrumentale une apraxie instrumentale.

Signalons enfin de très intéressantes « Causeries sur la musique » du médecin-major Daussat, publiées de 1913 à 1914 dans la *Presse médicale*.

*
* *

Dans l'étude qui va suivre, nous laisserons soigneusement de côté toutes les questions relatives aux processus musicaux supérieurs. Evidemment, il existe des organisations spéciales, des aptitudes particulières qui font le musicien, il existe d'autre part des « amusies constitutionnelles », des « agénesies musicales », idiotie, imbecilité, débilité musicales, qui peuvent même se rencontrer chez des individus par ailleurs très cultivés. Tous ces cas relèvent certainement de processus psychophysiologiques qui sont actuellement inconnus et nous ne nous occuperons ici que des connaissances musicales acquises que chacun peut, en général, plus ou moins arriver à posséder.

Dans un remarquable ouvrage « L'Education Musicale », M. Lavignac, professeur au Conservatoire de Paris, expose ainsi la première leçon de musique que l'on puisse donner à un enfant : « On lui écrit sur une « feuille de papier qu'on pose sur le pupitre un do, « et on lui dit : cette note s'appelle do ; écrivez-moi un « do. » Il doit copier la note en mettant le nom dessus.

« Ensuite, on lui montre sur le clavier la touche « correspondante, sur laquelle on reproduit au crayon « le même signe, en lui disant : « Voici le même do, « jouez « do », il doit jouer la note.

« Puis on lui dit encore : « Ecoutez bien ce do ; à « présent chantez-le comme moi. » On le chante et il « doit le chanter. De cette façon, l'idée de la note lue « ou écrite, celle de la note qu'il entend et de la note qu'il « chante, s'incrustent à la fois dans son esprit où elles « se confondent en un tout qui est pour lui la note do « sous trois formes ».

On voit l'identité qui existe entre l'acquisition de cette notion musicale et l'acquisition des notions du langage ordinaire. La première leçon de Lavignac semble calquée sur la leçon où Charcot exposait la formation du langage et l'acquisition de l'idée de cloche.

Pour le langage musical nous arrivons, comme pour le langage ordinaire, à admettre quatre centres : deux centres sensoriels : le centre visuel et le centre auditif ; — deux centres moteurs : le centre d'articulation et le centre graphique (?)

Mais, en musique, on peut exprimer une idée autre-

ment que par la voix ou l'écriture, il y a l'instrument et certains auteurs y ont ajouté le centre moteur instrumental.

Le langage musical n'est pas aussi simple que le langage parlé : une complication intervient du fait que la note possède une hauteur particulière dans l'échelle des sons : donner le nom d'une note écrite ne suffit pas, il faut en connaître la hauteur, de même qu'il faut écrire cette note aussi bien en l'entendant résonner qu'en l'entendant nommer.

Nous arrivons donc à un dédoublement de chaque centre musical en centre verbal et centre tonal.

Le centre verbal constitue-t-il un centre particulier et autonome ? Cela est peu vraisemblable : il existe un centre visuel qui emmagasine les signes graphiques de toutes sortes : signes conventionnels ou alphabets étrangers ; on ne conçoit guère un centre visuel pour l'allemand, un autre pour le grec, on ne conçoit pas davantage un centre spécial pour les signes musicaux. Peut-être certaines cellules se spécialisent-elles pour ces signes et se forme-t-il ce qu'Ingegnieros appelle un subcentre. A proprement parler, les troubles portant sur le seul nom de la note appartiennent plus à l'aphasie qu'à l'amusie.

Pour le centre tonal, la question est plus compliquée et plus discutable, et il semble légitime de conclure un centre particulier ou du moins à une spécialisation très marquée du centre verbal, car la hauteur d'une note est un caractère non pas visuel mais auditif ; dans la

notion de hauteur, l'importance des impressions auditives est telle qu'il faut admettre entre le centre visuel et le centre auditif des connexions très étroites. Le centre auditif est certainement le plus important de tous pour le musicien ; c'est de lui que ressortent tous les caractères physiques et musicaux de la note : hauteur, intensitée, durée, timbre ; il prédomine sur tous les autres centres, et il est en relation avec chacun d'eux.

Toute impression chez le musicien doit être ou devenir auditive ; la note est comme le mot un «complexe» de diverses sensations mais toutes aboutissant à ce caractère auditif : la hauteur. Un musicien ne doit pas concevoir la note lue ou écrite autrement que comme un son et tout processus musical, s'il ne se passe pas sous le contrôle du sens auditif, arrivera à un résultat erroné par quelque endroit.

Nous avons été heureux de rencontrer dans les ouvrages du professeur Dupré une théorie analogue. Celui-ci admet que toute pensée musicale doit pour s'extérioriser mettre en jeu un couple sensitivo-moteur qui est originairement auditivo-moteur et réalise, par l'association fonctionnelle synergique des centres, l'organe d'imitation de Le Dantec. Ce couple auditivo-moteur est soumis à un double contrôle de l'oreille et du sens musculaire vocal.

C'est ce centre auditif que l'éducation musicale tend le plus à développer : il existe à l'état constitutionnel chez quelques individus heureusement doués et qui sont capables de donner immédiatement la hauteur de n'im-

porte quel son, mais en général il doit être développé et dans tous les cas on ne peut guère déterminer un son que par la comparaison avec un autre son pris comme point de repère, le la du diapason par exemple.

Le centre moteur d'articulation pour le chant n'est vraisemblablement qu'une spécialisation de la parole, comme les autres sous sans le contrôle du centre auditif.

Reste le centre moteur instrumental, imaginé par Ingegnieros et qui n'a pas, de son propre aveu, de localisation anatomique fixe étant donnée la différence des mouvements exigés pour chaque instrument : il siègera dans les régions voisines du membre supérieur pour le violoniste, il associera ce centre à ceux des muscles respiratoires et bucoaux pour le flûtiste.

Nous ne croyons pas à l'existence de ce centre, si l'on doit entendre par centre une aire fonctionnellement distincte du cortex, ce qui est la véritable définition du centre.

Prenons par exemple le cas de ce joueur de trombone que Charcot présenta dans une de ses cliniques.

Pour former les sons dans le trombone, on allonge plus ou moins la coulisse et pour chacune des positions de la coulisse, l'instrument produit, suivant la pression des lèvres et le souffle, un certain nombre de notes. Le mouvement du joueur de trombone, se réduit en somme à la flexion et à l'extension du bras ; le virtuose exécute donc les mêmes mouvements que l'entrombone, fant qui pour s'amuser fait le simulacre de jouer du mais il les exécute de façon méthodique, logique en vue de la note à produire.

Un élève pianiste peut toujours déchiffrer un morceau, si difficile soit-il, en épelant accord par accord, en contrôlant soigneusement la position des doigts sur le clavier, et la sonorité désagréable de l'accord frappé lui indiquera qu'il a fait une erreur. Le virtuose ne ferait pas autrement, mais par l'habitude, par l'éducation, tous les actes que décomposait notre commençant s'enchaînent les uns aux autres ; sans que l'exécutant y prête attention, son centre visuel impressionné par la vue des notes détermine la mise en jeu du centre moteur et les mouvements nécessaires des doigts.

Il n'y a pas là création d'un nouveau centre, il y a seulement adaptation à un but déterminé des centres déjà existants qui se sont discipliné, ont développé leurs connexions, en ont peut-être créé de nouvelles, si bien que l'acte de jouer est devenu réflexe, qu'il y a non pas un centre mais un réflexe moteur instrumental.

Les réflexes moteurs instrumentaux sont souvent d'une complication extrême ; par exemple dans l'acte de chanter en s'accompagnant soi-même à l'orgue (instrument plus compliqué que le piano), le *centre visuel* lit trois portées instrumentales et une de chant (accords, indications de mesure, de mouvements, d'intensité, de registres) ; de ce centre partent des ordres : *au centre verbal et tonal* pour l'acte de chanter ; — *au centre moteur des membres supérieurs* pour les actes de frapper les notes, manipuler les registres ; — au *centre moteur des membres inférieurs* pour les actes de frapper les notes du pédalier, manœuvrer la pédale d'expres-

sion, accrocher les pédales de combinaison ; et tous ces actes simultanés se passent sous le contrôle du *centre auditif* qui surveille les sons émis avec tous leurs caractères

Passons maintenant à l'étude des troubles de facultés musicale .

Un fait est hors de doute : l'amusie et l'aphasie coexistent quelquefois mais pas toujours.

Faut-il penser avec Gilbert Ballet que le langage musical étant antérieur au langage parlé, que les images tonales se formant avant les images verbales, celles-ci disparaitront alors que celles-là subsisteront ?

Cette théorie peut expliquer les aphasies sans amusie, mais les amusies sans aphasie la trouvent muette, bien mieux peuvent faire douter de son exactitude.

Mieux vaut admettre, semble-t-il, que les centres musicaux et les centres du langage ordinaire sont en relations intimes mais non point confondus, soit qu'ils siègent dans des régions peu éloignées mais pourtant différentes, soit que le centre musical ne soit qu'une spécialisation de certaines cellules du centre général, un subcentre, selon le terme d'Ingegnieros.

Les amusies formeront un syndrome clinique analogue aux aphasies.

La lésion du centre visuel déterminera l'alexie ; le sujet sera incapable de lire la musique, il sera dans l'état d'un analphabet musical ou d'un débutant en solfège, selon l'étendue de la lésion.

Le même état caractérisera la lésion du centre audi-

tif : le sujet sera atteint de surdité tonale, incapable de reconnaître la hauteur d'un son, sa durée, son timbre.

Il sera incapable de chanter quand le centre moteur d'articulation sera lésé.

Ce sont là lésions centrales élémentaires et assez théoriques: en réalité le tableau clinique de l'amusie sera plus complexe parce que les centres ne sont pas autonomes mais solidaires les uns des autres, et parce que non seulement les centres, mais encore les neurones de connexion, dont nous avons admis l'existence et établi l'importance, peuvent être lésés.

Ainsi seront réalisées les amusies de conductibilité.

De plus, une fonction psychique, quelle que soit son unité apparente, comporte des composants plus ou moins nombreux, l'altération d'un seul de ces composants supprime ou compromet la fonction.

Un foyer, outre son effet local propre, agit par trouble passif atteignant les zônes qui lui sont reliées anatomiquement, c'est à ce processus que Monakow (de Zurich) a donné le nom de diaschisis (διάσχισις), séparation).

Les centres sont associés pour une œuvre commune toute lésion isolant un de ces centres détruit le mutuel appui qu'ils se prêtent et déterminera des troubles aussi importants que les lésions des centres eux-mêmes. Supposons une lésion qui sépare le centre auditif du centre visuel, le malade lira les notes, connaîtra leur nom, mais ne pourra donner leur hauteur

tonale, cependant il reconnaîtra la justesse des sons et les fautes de mesure.

Si maintenant le centre auditif vient à être séparé du centre moteur d'articulation, le malade dira les notes, les appréciera, reconnaîtra les notes justes ou fausses, mais la synergie entre les deux centres étant détruite, lui-même ne pourra chanter.

C'est une supposition analogue qui peut expliquer, croyons-nous, que certaines personnes, quoique bonnes musiciennes, ne puissent chanter autrement que faux. Tout en faisant la part d'une mauvaise disposition des organes phonateurs, on peut admettre que chez elles le centre moteur, indépendant du centre auditif, est incapable de coordonner ses efforts : « Ce cas, qui est des plus répandus, dit Dupré, correspond à une disharmonie fonctionnelle congénitale entre les deux composantes de l'organe d'imitation. »

C'est une loi en neuropathologie générale que la lésion d'un des neurones de l'arc réflexe détermine l'abolition de ce réflexe, de même si les neurones d'association du centre visuel *intact* au centre moteur *intact*, subissent la diaschisis, le réflexe moteur instrumental sera aboli, le malade sera atteint d'aphémie instrumentale ou d'amimie instrumentale comme on voudra l'appeler. Il ne présentera aucune cécité des notes, aucune paralysie des membres, mais sera revenu au point où il en était avant d'apprendre son instrument, il ne saura plus s'en servir.

Cette théorie du réflexe moteur instrumental est du

reste depuis longtemps admise en Allemagne où Lippmann (1900) et Pick (1904) ont fait des aphémies instrumentales, une forme d'apraxie.

Nous avons déjà dit (V p. 37-38) ce qu'il faut entendre par apraxie, et nous avons exposé les tendances actuelles à ramener l'aphasie motrice à l'apraxie ; cette même tendance se retrouve dans l'étude des amusies : cette thèse nous paraît exposée d'une façon particulièrement claire par Daussat : « Les amusies motrices, c'est-à-dire la difficulté ou l'impossibilité de l'exécution vocale ou instrumentale sont la conséquence de lésions primitivement localisées sur les neurones, sièges des représentations kinesthésiques ou motrices.

« La disparition, l'effacement, l'altération de ces représentations kinesthésiques entraînent des troubles moteurs, véritables apraxies vocales ou instrumentales.»

Le malade, joueur de trombone, présenté par Charcot à ses cliniques, apparaît bien comme un apraxique, de même le joueur de basson de Marinesco.

Voici maintenant une observation personnelle ; elle concerne Mlle Claire Pé... dont nous avons donné l'observation au point de vue aphasie (Voir obs. III, page 27).

Mlle Pé... est une ancienne danseuse de théâtre ; il y a 7 ans, elle fut frappée d'hémiplégie droite avec aphasie motrice. Ses facultés musicales furent fatalement atteintes.

Fille d'un professeur de piano, Mlle Pé... l'étudia avec sa mère, puis entra au théâtre toute jeune : elle débuta à 7 ans. Tout en travaillant spécialement l'art chorégraphique, elle ne

laissa point de côté le piano dont la connaissance ne lui était pas inutile. C'était avant sa maladie une musicienne très ordinaire ayant quelques notions de piano mais très peu de notions musicales proprement dites.

Actuellement Mlle Pé... reconnaît encore les morceaux qu'on lui joue.

Elle reconnait dès les premières mesures le *Chœur des gamins*, de *Carmen*. On lui commence au piano la *Chanson Bohême* du même opéra, elle la continue, esquisse du côté gauche les gestes de la danseuse et explique : « Carmen danse ».

En entendant le *Chœur des soldats*, de *Faust*, elle dit « Faust » mais ne reconnaît pas le morceau.

Elle dit se rappeler *Hérodiade*, mais n'en peut chanter le ballet ; dès qu'on lui donne les premières mesures, elle continue ; elle en continue aussi la *Danse sacrée* mais ne peut spécifier à quel moment elle se danse.

Elle chante, avec les paroles exactes et toutes les vocalises qu'il comporte l'*Hosanna* de cet Opéra, explique qu'à ce moment les danseuses sont en scène, qu'elles ne dansent pas mais qu'elles « figurent » et elle se souvient bien quand on lui dit qu'elles portent des palmes et accompagnent l'entrée de Jean.

Elle fredonne l'ouverture de *Lakmé*, dont on lui a joué les premières notes, elle sait évidemment de quoi il s'agit mais ne peut trouver le titre ; elle chante les répliques du chœur *O Dourga*, elle reconnaît l'air *Blanche Dourga* et explique : « La chanteuse entre », mais ne peut toujours pas donner le titre : « Oh ! joli ; pas en France, une femme, un homme, un officier », dit-elle.

Spontanément, sans qu'on l'aide, elle chante la valse de *Faust* et le Ballet d'*Hamlet*. Dans tout ce qu'elle chante, elle témoigne d'un sentiment très juste de la mesure et du rythme.

Même lorsqu'on ne chante pas, elle reconnaît les paroles, ainsi pour la *Ronde du Veau d'or*, qui est chantée, dit-elle par

la basse Valentin; ne trouvant pas le nom de Méphisto elle dit . « Oh ! méchant ! ». Pour le duo d'*Hamlet* elle explique qu'il est chanté par le baryton, elle désigne Ophélie en disant : « Toute petite ».

On lui montre une clef de sol, elle dit qu'elle la reconnait mais elle l'appelle fa, ré, en l'aidant on lui fait dire clef de sol. En voyant une clef de fa, elle s'efforce d'expliquer qu'elle sert pour les sons graves et qu'on la place au-dessous de la clef de sol.

Elle nomme les barres de mesure « des barres de sol » mais comprend qu'il s'agit de la mesure.

Elle ne peut pas lire 2/4 mais montre deux doigts et bat correctement une mesure à deux temps ; de même pour 3/4 et 4/4. Elle ne reconnaît pas le signe C.

Elle ne peut lire aucune note, ne se rappelle pas leur nom, fait une erreur chaque fois qu'elle essaye de les nommer, ne reconnait pas leurs figures ni leurs valeurs. Cependant en montrant une blanche, elle dit : « une » et « plusieurs » en montrant des croches.

On lui montre un dièse sur la cinquième ligne, elle le nomme ré, elle semble confondre les accidents et les indications de nuances et de mouvements, car elle dit en montrant un dièse « fort » et un bémol « doucement ». En tout cas elle établit une certaine relation entre dièse et bémol : « Pareil ici, mais pas même chose. »

On lui montre l'accord { Si / Sol, elle dit « ensemble » et montre / Mi,

le doigté exact : { 1 / 3 de la main gauche / 5

Elle n'a jamais su reconnaître les notes à l'oreille. Elle monte une gamme en chantant le nom des notes assez facilement, mais a beaucoup de peine à la redescendre. Elle est incapable d'écrire la musique : la clef de sol étant tracée, elle écrit un ré

quand on lui demande un sol. Elle écrit la pour do — do pour sol — un do quand on lui demande un dièse. Le mot de bémol semble éveiller en elle quelque idée, elle essaye manifestement d'en dessiner un sur la dernière ligne, elle trace ainsi une sorte de V.

Sur le clavier elle reconnaît facilement un ré, mais prend un si pour un do : c'est que pour trouver une note elle monte la gamme depuis do jusqu'à la note demandée et elle ne peut le faire en descendant. Elle ne reconnaît pas les touches noires.

On fait l'épreuve inverse : on lui nomme une note qu'elle doit montrer sur le clavier : pour ce faire, elle répète plusieurs fois la note demandée et monte la gamme à partir du do.

On lui demande de jouer au piano un exercice écrit, elle épèle le morceau comme le ferait une débutante et essaye de jouer note à note : elle reconnaît et localise sur le clavier les notes do et fa (peut-être à cause de la dispositions des touches noires), les autres notes ne sont pas reconnues; elle franchit assez facilement l'intervalle de seconde, mais ne peut franchir la tierce.

On lui montre l'air : « *Au clair de la lune* », elle ne peut le solfier, elle le joue note à note au piano et ne le reconnaît pas.

Ce qui saute aux yeux dans cette observation c'est la différence qui existe, au point de vue déficit, entre les connaissances musicales techniques et la mémoire des airs entendus Cela se comprend. Rien d'étonnant à ce que Mlle Pé..., ait retenu les airs de théâtre qu'elle entendait chaque jour, les airs de ballets qu'elle a dansés pendant 25 ans ; depuis 7 ans qu'elle est paralysée, ils ont quelque peu passé dans le subconscient, mais les cellules gardaient leur pouvoir de faire revivre les impressions déjà reçues ; pour cela il fallait seulement les

réveiller, et l'évocation des premières mesures y suffisait, l'ébranlement parti du centre auditif a déterminé dans les centres des retentissements obscurs dont le dernier terme a été l'extériorisation des images auditives par le centre moteur. Il y a bien ça et là, des lacunes dans ces souvenirs, des confusions, ainsi elle attribue le rôle de Valentin dans *Faust*, à la basse : mais il faut remarquer que des lacunes amnésiques sont parfaitement conformes aux lois ordinaires, la marche de l'amnésie motrice va du particulier au général, elle atteint d'abord les noms propres qui sont purement individuels, puis les noms de choses qui sont les plus concrets.

Mlle Pé.... ne peut nommer Méphisto, mais elle se souvient de ce caractère qu'il est *méchant*. N'est-elle pas curieuse cette définition d'Ophélie? *Toute petite*, qui s'applique beaucoup moins au personnage qu'à la chanteuse chargée du rôle. Les Ophélie étant pour la plupart toutes petites, c'est ce caractère que Mlle Pé... a retenu.

Le fait général dont elle se rappelle : c'est *Hérodiade*, le cas particulier qu'elle a oublié, c'est le détail des scènes, scène dans le temple, scène de l'entrée de Jean.

Du reste, il faut faire la part de la mentalité professionnelle ; peu importait à Mlle Pé..., lorsqu'elle dansait, que ce fut dans le temple ou sur la place de Jérusalem. Elle dansait, voilà tout.

Elle a retenu cependant un cas particulier : c'est que pendant l'*Hosanna*, elle était en scène mais ne dansait pas, elle figurait et justement c'est que ce cas particulier

lui est personnel, elle avait sa part dans cet épisode, et non pas sa part ordinaire, elle ne dansait pas.

L'amnésie musicale de Mlle Pé... atteint les noms propres mais elle les remplace encore par des périphrases ; elle emploie la désignation par la qualité. Elle ne peut dire *Lakmé*, mais elle a retenu que cela ne se passe point en France, qu'il y a un officier et une femme qui invoquent la déesse Dourga.

Si Mlle Pé... a entendu ces opéras, si elle a dansé leurs ballets plusieurs centaines de fois, elle n'a sans doute que peu travaillé le piano ; elle était danseuse plus que musisienne, aussi se rappelle-t-elle encore quelques uns des pas qu'elle exécutait et elle n'aurait pas besoin de beaucoup de répétitions pour être capable de les redanser, (en supposant naturellement guérie son hémiplégie).

Au contraire, quel déficit dans ses connaissances musicales, l'agraphie et l'alexie musicales sont complètes, clefs, accidents, barres de mesure, figures de notes, elle a tout oublié, à peine quelques vagues notions flottent-elles encore dans son cerveau ; par exemple, elle se souvient qu'il existe une relation entre la figure et la valeur des notes, mais d'autre part, une clef de sol étant tracée elle ne sait où placer le sol.

Elle a cependant gardé le sentiment du rythme et de la mesure, il est curieux de voir cette malade, qui ne sait plus rien en musique, battre exactement les mesures à 2, 3 et 4 temps.

La perte des notions musicales se fait du complexe

au simple : le sens, l'intelligence des harmonies complexes, des mécanismes compliqués disparaissent les premiers, puis les notions auditives en commençant par celle de tonalité. La cécité musicale vient ensuite, d'abord relative à la hauteur des notes, puis à leur valeur dans le temps, à leur durée, le nom des notes se perd lui aussi ; enfin, résistant le plus longtemps, les notions de rythme et d'intonation.

Tel est l'ordre de l'amnésie musicale d'après les auteurs, nous ne le reproduisons pas sans faire quelques réserves : pour aller du complexe au simple, il nous semblerait logique que les pertes visuelles viennent avant les pertes auditives. Quoi qu'il en soit, il est certain que les amusiques complets gardent encore le sentiment du rythme.

En effet, la loi de la désintégration de la mémoire formulée par Ribot ne doit pas s'entendre seulement des notions acquises au cours du développement de l'être, mais elle englobe aussi celles acquises pendant le développement de l'espèce : les développements phylogénétique et ontogénétique sont parallèles et l'aphasique est remis dans l'état du primitif. Or, le rythme, c'est la musique primitive ; les premiers instruments connus dans toutes les civilisations ont été les instruments à percussion qui ne donnent qu'un rythme.

Le sauvage, l'enfant, l'illettré musical ont le sentiment du rythme, les musiques fortement rythmées, danses, marches militaires sont celles qui leur plaisent le mieux, et facilement ils en suivent la cadence par des mouvements quasi automatiques.

Cette explication peut s'appliquer à Mlle P..., mais celle-ci a conservé en outre le sens et la connaissance technique de la mesure.

Toute théorie philogénétique serait ici en défaut, car si le rythme se perd dans la nuit des temps, il n'en est pas de même de la mesure, ainsi vaut-il mieux chercher une explication plus simple et s'adaptant mieux aux circonstances.

Mlle Pé... est danseuse, cela domine toute son observation. Or, ce qui intéresse la danseuse dans la musique, c'est le rythme, et la mesure qui est un rythme régulier. Ce sont les deux éléments de la danse, et c'est là, croyons-nous, qu'il faut chercher la cause de cette survivance des notions métriques, au milieu de la faillite générale des notions musicales.

Outre le rythme, on voit souvent survivre chez l'amusique le sens de l'intonnation et celui du timbre. Faut-il s'en étonner ?

L'intonnation est le caractère primordial de la parole articulée, tout être qui parle intonne et, comme nous l'avons déjà dit, l'intonnation fut la parole primitive.

Quant au timbre, une chose digne de remarque, c'est la notion intime, profonde que chacun en possède : nous reconnaissons les personnes sans les voir, au seul timbre de leur voix ; sans étude musicale on discerne les timbres des instruments d'orchestre dont on ne connaît ni le nom, ni la forme ; le grand reproche que l'on fait généralement aux musiciens modernes, ce n'est pas l'emploi des harmonies complexes, que la plupart des auditeurs remarque à peine, c'est l'emploi de sonorités

nouvelles, ce sont leurs audacieuses associations de timbres, et le public différencie Gounod de Wagner uniquement par la différence d'orchestration.

La notion de timbre, comme la notion d'intonnation, comme la notion de rythme, est une des plus « adhérentes ».

L'apraxie musicale nous semble trouver un excellent exemple dans Mlle Pé...

Mlle P... est incapable d'exécuter au piano le morceau le plus simple. Analysons cette impossibilité.

D'abord la lecture des notes est des plus difficiles ; mais cette alexie revêt une forme spéciale. Mlle P... n'est pas dans l'état de l'alexique pour qui les signes n'ont aucune signification, et qui ne voit que du noir sur du blanc ; elle est plutôt dans l'état de l'agnosique.

« Dans l'agnosie, dit Dupré, les malades voient et perçoivent les éléments du monde extérieur mais il ne les connaissent plus ; ils sont incapables d'en saisir et d'en indiquer la destination, l'usage, l'utilité ».

Mlle Pé... perçoit les signes, mais elle prend les dièses pour une indication de nuance. C'est bien de l'agnosie musicale.

Elle se rend compte aussi de ce qu'elle devrait faire, elle donne le doigté exact d'un accord, mais elle est incapable de traduire en gestes le but qu'elle se propose.

Rappelons que certains auteurs ont du reste considéré l'alexie comme une agnosie spécialisée aux signes du langage.

* * *

Disons un mot, pour terminer, de la nosologie musicale créée par Ingegnieros sous le titre général de *dysmusies*.

En plus des amusies motrices et sensorielles Ingegnieros admet des *hipermusies* « exagérations maladives des fonctions propres du langage musical » et des *paramusies* « aberrations dans lesquelles les fonctions ne sont ni supprimées ni exagérées, mais plutôt déviées de leurs formes ordinaires ».

Mais un premier point nous arrêtera immédiatement. L'aberration est difficile à expliquer et encore plus à délimiter ; où commence-t-elle ? Pour le savoir il faudrait commencer par définir l'homme normal.

Ingegnieros cite un cas d'obsession mélodique (obs. X) mais lui-même admet que c'est là un fait courant, et que le cas qu'il en rapporte n'est pathologique que par sa durée.

L'audition colorée (Obs. XI) existe chez des individus qu'il est difficile de considérer comme des malades. Passons pour Huysmans, dont la sensibilité exaspérée relevait presque de la pathologie ; mais faut-il considérer comme des anormaux M. Lavignac, du Conservatoire de Paris, qui entend la flûte bleu et la trompette rouge, le directeur du Conservatoire de Bruxelles, M. Gevaert, qui assigne au son du hautbois la couleur verte ? L'audition colorée n'est qu'un cas de synesthésie, et les synesthésies forment, on peut le dire, la base de la compréhension musicale.

En dehors même des ces cas, Ingegnieros a observé

les troubles qu'il rapporte chez des hystériques, et ce sont bien plutôt en effet des phénomènes hystériques que des phénomènes dysmusiques.

Une aliénée mystique chantait des cantiques, est-ce bien là de l'hypermusie ? C'est surtout de l'hypersthénie, qui se traduisait par des chants, comme elle se traduisait aussi par des cris, des gestes, des danses.

Son Observation VIII concerne une jeune fille qui chantait tout ce qu'elle lisait, on lui en fit la remarque en lui conseillant de se corriger de ce léger travers, elle ne fit que l'exagérer, « par un mécanisme mental fréquent chez les hystériques et qui constitue leur esprit de contradiction », remarque lui-même Ingegnieros.

Ses observations de paramusie présentent les mêmes caractères : son cas de phobie musicale avec réactions convulsives (obs. VIII) n'a éclaté qu'à la suite d'un échec pénible au Conservatoire ; la candidate malheureuse a pris le violon en horreur au point de tomber en convulsions quand elle en entendait jouer. La malade de l'observation XII éprouvait une excitation sexuelle et des sensations voluptueuses en jouant la sonate de Grieg intitulée l'Erotique : c'est là un cas de sugggestion par le titre du morceau chez une femme d'un tempérament ardent.

Les hystériques sont éminemment suggestibles, aussi peut-on voir chez eux les troubles les plus singuliers ; l'hystérie évolue sur le terrain musical en déterminant des phénomènes musicaux, c'est ce qu'a observé Ingegnieros : une modalité particulière de cette maladie pro-

teiforme, mais dans ce chapitre des amusies et des dysmusies, déjà bien obscur, la constatation des troubles hystériques apportera-t-elle beaucoup de lumière? Il est permis d'en douter.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic des aphasies, tant sensorielles que motrices, est généralement facile, mais cette facilité même peut devenir une source d'erreurs et il ne faut pas se hâter, après un examen trop superficiel, d'étiqueter aphasie des troubles du langage dont l'origine est toute autre qu'une lésion des centres de Broca ou de Wernicke.

L'erreur inverse est aussi à écarter : souvent l'aphasie a été méconnue et confondue soit avec une affection organique, soit avec une maladie mentale.

Nous avons eu quelques occasions de constater ou de commettre de ces erreurs et nous en rapporterons ici les observations.

Tout d'abord, il est facile de prendre la surdité organique tenant à une lésion de l'appareil auditif, la cophose, pour de la surdité verbale : dans les deux cas, le sujet ne comprend pas les questions qu'on lui pose et y fait des réponses hors de propos ; en général, l'erreur dure peu et après quelques instants d'examen on reconnaît quel est le cas.

Nous avons eu à Saint-Jacques un exemple de cette confusion.

Il s'agissait d'un vieillard amené dans le service des aliénés hommes, qui, à part son nom et son prénom, faisait aux questions des réponses absolument hors de propos ; parfois, d'après un son qui l'avait frappé, il essayait avec plus ou moins de bonheur de reconstituer la phrase : ainsi, comme nous lui demandions de tirer la langue, il répondit : « Ah ! vous avez été à Laon ? » Tous nos efforts pour nous faire comprendre n'eurent d'autre effet que d'irriter le malade qui déclara d'un ton de mauvaise humeur : « Ce n'est pas la peine de crier si fort, je ne suis pas sourd. »

Il lisait bien les questions écrites et y répondait aussi exactement que le lui permettaient l'amnésie et la fabulation qu'il présentait.

Bien qu'il eut affirmé n'être pas sourd, nous fîmes un examen sommaire de l'appareil auditif ; une sonnette agitée à quelques centimètres de son oreille ne paraissait pas l'émouvoir ; le diagnostic de surdité organique fut confirmé par le docteur Levesque, au service d'oto-rhino-laryngologie.

Nous avions donc devant nous non pas un aphasique mais un sourd.

L'attitude du malade ressemblait bien à celle d'un aphasique sensoriel atteint de surdité verbale qui répond à côté des questions et d'après un mot, un son, qu'il a compris devine plus ou moins bien ce qu'on lui a dit.

D'autre part, il est rare que le sourd organique ne

dévoile pas son infirmité, il l'avoue généralement sans honte, au lieu de protester, il est le premier à demander « Parlez plus haut, j'ai l'oreille presseuse », phrase que nous avons bien souvent entendue chez nos vieux chroniques du service des maladies nerveuses.

Cependant le sensoriel est verbeux, loquace et en règle générale incohérent : notre malade ne présentait rien de cela ; ses phrases prises en soi étaient justes, leur seul défaut était de venir mal à propos ; en outre il faut tenir compte de ce que la surdité verbale pure est extrêmement rare.

Un cas à peu près semblable fut discuté à la Société de neurologie de Paris, le 5 juillet 1906 ; il s'agissait d'un malade présentant lui aussi l'incompréhension du langage parlé sans paraphasie, ni jargonaphasie ; Lamy le présentait comme un cas de surdité verbale pure, mais Pierre Marie en fit, non sans vraisemblance, un sourd ordinaire, ajoutant que la cécité verbale pure ne se rencontrait jamais.

Cette rareté de la surdité verbale rend plus rare l'erreur inverse d'un aphasique pris pour un sourd.

Outre que le sourd verbal est loquace, bavard, souvent incohérent, qu'il emploie des termes bizarres, des néologismes et complique sa surdité de jargonaphasie et de paraphasie, combien l'aspect général diffère.

Muré dans son infirmité, séparé du monde étranger, du milieu qui l'entoure, le sourd organique est en général sombre, triste, rêveur, l'aphasique au contraire est bienveillant, aimable, souriant, parfois cependant colé-

reux ; qu'il se produise au cours de l'examen un bruit quelconque, coup de sonnette, claquement de porte, le sourd organique reste immobile, l'aphasique sursaute, cherche d'où vient le bruit ; si on lui parle, le sourd tend l'oreille, prie qu'on parle plus haut, hésite souvent dans sa réponse lorsqu'il craint d'avoir mal entendu ; l'aphasique ne fait aucun effort pour entendre et répond avec assurance.

Quelquefois comme dans le cas que nous avons rapporté, la surdité se complique de troubles psychiques qui peuvent contribuer à faire errer le diagnostic. Nous reviendrons plus tard sur ce point.

La cécité vraie et la cécité verbale ne peuvent guère se simuler l'une l'autre ; mais la diminution de l'acuité visuelle l'hémianopsie, le rétrécissement du champ visuel pourraient induire en erreur. Dans sa thèse, Moutier signale un de ces cas : Un malade, qui écrivait parfaitement sous dictée, ne pouvait copier ni l'imprimé, ni la cursive. C'était tout simplement un vieillard dont la vue avait baissé sans même qu'il s'en rendit compte.

Le malade Joseph Mont... dont nous donnons plus loin l'observation, pouvait passer au premier abord comme atteint de cécité verbale complète, il lui était impossible de lire même un titre de journal en gros caractères, dès qu'il eut son lorgnon il put lire, quoiqu'avec beaucoup d'erreurs.

Dans le service des maladies nerveuses, nous avons vu, salle Saint-Antoine, un malade atteint d'hémiplégie droite, classique, sans aphasie, parole scandée explosive.

On lui demanda de lire un titre de chapitre, il n'en lut que la seconde moitié, la première étant passée sous silence ; il en fut de même de tout ce qu'on lui donna à lire : L'examen montra une diminution considérable du champ visuel de l'œil gauche (hémianopsie latérale gauche de cet œil).

Cette erreur est facile à éviter, ici encore il suffit de considérer le sujet ; il y a loin des efforts du myope, qui avance et recule son papier, cligne des yeux, demande son lorgnon — symptôme d'observation vulgaire, mais décisif — a l'assurance de l'aphasique qui prend le papier d'un air crâne, le regarde avec attention, semble lire sans effort, mais souvent le tient la tête en bas.

Les troubles de la parole ne sont pas d'un diagnostic très compliqué, cependant quelques causes d'erreur sont à éviter.

L'aphémie peut, en résumé, revêtir trois formes : le malade ne parle plus ; il est aphasique ; il est jargonaphasique.

Lorsque le malade ne parle pas, un diagnostic est à faire, celui de mutisme hystérique.

En voici une observation.

OBSERVATION VII

Mutisme complet survenu à la suite d'une crise hystériforme chez une grande nerveuse. Aucun symptôme d'aphasie sensorielle. Guérison en quelques jours.

Le 3 avril 1914 entre à la salle 17 de l'Hôtel-Dieu (clinique médicale de M. le Professeur Ollive), la nommée M... Jeanne, âgée

de 23 ans, domestique, pour une aphonie complète survenue dans les conditions suivantes.

De santé satisfaisante mais de tempérament névropathique, Jeanne M... fut prise, le 2 avril, d'une crise nerveuse très violente : ayant éprouvé un ennui — elle refuse de dire lequel — elle se mit à pleurer, à crier, puis brusquement tomba sur le sol, en convulsions cloniques. Cette attaque dura une heure, et se termina par une abondante crise de larmes ; le soir, deuxième attaque absolument semblable, puis dans la nuit nouvelles crises presque subintrantes ; le lendemain, dans la journée, brusquement la malade devient incapable de parler.

Jeanne M... est une jeune fille bien développée, à la physionomie intelligente ; elle comprend parfaitement ce qu'on dit et est présente à la conversation. Elle est incapable de parler, ou mieux d'émettre le moindre son : les lèvres remuent faiblement, mais aucun son ne sort de la bouche ; elle remplace la parole par l'écriture et rapidement répond par écrit à nos questions. Elle nous apprend ainsi qu'elle n'a jamais été malade, qu'il n'y a aucune maladie nerveuse dans sa famille ; qu'elle n'a jamais vu autour d'elle de cas semblable au sien et qu'elle ne pensait même pas que cela pût exister.

Elle a depuis un mois des « crises de nerfs » mais elle ignore comment elles se passent, attendu qu'elle en perd le souvenir, elle sait seulement qu'elles surviennent brusquement, sans phénomènes prémonitoires, elle ne s'est jamais mordu la langue n'urine pas sous elle et elle dort après la crise.

D'après ses dires, les sons et les mots se forment bien dans la gorge, mais ils ne sortent pas. « Je parle parfaitement, écrit-elle, mais les mots restent dans la gorge, je ne peux pas les dire. »

Les renseignements ultérieurs vinrent confirmer le caractère des crises : si d'une part le manque d'aura, le sommeil et l'amnésie consécutifs rappelaient les crises comitiales, d'autre part,

l'absence du cri initial remplacé par des cris rauques pendant la crise, le manque d'écume aux lèvres, de morsure de la langue, de troubles sphinctériens étaient de nature à faire pencher vers le diagnostic de crises hystériques.

L'examen somatique montra une hyperesthésie considérable des téguments avec anesthesie des muqueuses conjonctive et pharyngée, l'existence de zones lombaires, ovariennes, scapulaires, au niveau desquelles le moindre attouchement déterminait des soubresauts et une ébauche de convulsions. Les reflexes étaient vifs, la percussion du tendon rotulien déterminait du clonus de la jambe.

Ajoutons, pour compléter le tableau, que la malade avoua une prédilection particulière pour l'amidon cru et qu'elle écrivit d'elle-même : « Je ris sans savoir pourquoi, pas tout à fait comme une folle, mais il ne faut pas grand chose pour me faire rire.»

On appliqua à cette malade un traitement électrique ; à la troisième séance elle avait complètement recouvré la parole et elle quittait l'Hôtel-Dieu le 9 avril.

On aurait pu penser à un cas d'aphasie motrice sous corticales : mais dans l'aphasie le malade peut encore émettre des sons mêmes inarticulés, ici c'est le silence complet, et le muet hystérique est, suivant l'expression de Charcot « plus que muet. » L'hystérie peut d'ailleurs simuler presque toutes les formes d'aphasie, motrices ou sensorielles, mais l'existence de stigmates, l'évolution, les résultats de la therapeutique feront faire le diagnostic.

Le caractère plutôt hystériforme des crises permettait de rejeter aussi l'hypothèse d'une aphasie transitoire post-épileptique, dont quelques cas, assez douteux du reste, ont été signalés.

Un certain nombre de maladies présentent, dans leur symptomatologie, des troubles de la parole qui peuvent faire hésiter le diagnostic : ce sont surtout la sclérose en plaques, la paralysie pseudo-bulbaire, la paralysie générale.

Pour ce qui est de la sclérose en plaques, nous serons bref, n'ayant malheureusement pas d'observation personnelle à présenter.

Dans la sclérose, en plaques la parole est scandée, explosive, entrecoupée, et ce trouble purement dysarthrique ne s'accompagne d'aucun autre phénomène aphasique, les signes somatiques, en particulier le tremblement intentionnel, détermineront le diagnostic.

Les lésions de la paralysie pseudo-bulbaire sont placées à proximité de la zone du langage (genou de la capsule interne, putamen. Elle est même souvent due à une double lésion symétrique de la zone rolandique : partie inférieure de la frontale ascendante et partie postérieure du pied de la troisième frontale, intéressant les muscles du pharynx du larynx, des lèvres, de la langue. La lésion causale peut s'étendre de proche en proche et gagner ainsi la zone du langage ; il en résultera l'apparition d'un syndrome complexe ou l'aphasie se combinera à l'anarthrie pseudo-bulbaire et si, comme il n'est pas rare, la déchéance intellectuelle vient s'y ajouter, le diagnostic peut être d'une certaine difficulté.

En dehors de ce cas, la lésion des noyaux labio-glosso-laryngiens détermine des troubles dysarthriques qui

peuvent aller jusqu'à l'anarthrie et parfois en imposer pour de l'aphasie.

Voici un cas que nous avons pu observer ;

OBSERVATION VIII

Malade arrivé sans renseignements, paraissant atteint d'aphasie motrice complète avec cécité verbale.— Symptômes somatiques paraissant en rapport avec une hémiplégie droite ancienne, mais facies figé, troubles de la déglutition. — D'après les renseignements ultérieurs, jamais d'hémiplégie ni d'aphasie.

Le 15 août 1913, entrait à la salle Saint Charles le nommé E... manœuvre ; cet homme n'apportait avec lui aucun certificat médical qui pût nous éclairer et à toutes nos questions il répondait par des grognements inintelligibles.

Voulant le faire écrire, nous voyons que le malade trace sur le papier des griffonnages informes, rappelant absolument ceux tracés par les agraphiques ; cependant il fait signe que oui lorsque nous lui demandons s'il sait lire et écrire.

Tout ce que nous écrivons, questions, ordres simples, même son nom, il ne semble pouvoir le lire ; lorsqu'on écrit le mot clef il donne un couteau, le mot plume il donne la clef.

Nous pensons à une cécité verbale compliquée d'agraphie et d'aphémie.

Il n'y avait aucune trace de surdité verbale, le malade comprenait parfaitement.

L'examen somatique nous révéla que si le membre supérieur droit jouissait encore de sa motilité, s'il résistait aux mouvements imposés, les réflexes étaient du moins très forts, le réflexe radial, particulièrement, et que le membre inférieur était atteint

de paralysie, avec exagération des réflexes, signe de Babinski très net, trépidation épileptoïde du pied, troubles qui pouvaient être en rapport avec une hémiplégie ancienne.

Cependant, dès le début de notre examen, nous avions été frappé du faciès de notre malade. Ce n'était pas le faciès de l'hémiplégique. Les traits n'étaient pas déviés, il n'y avait pas d'asymétrie faciale.

C'était un faciès figé, les yeux largements ouverts, l'air stupéfait, notre malade bavait sans discontinuer, il était très porté à l'attendrissement et devant le spectacle de sa propre déchéance pleurait à chaque instant, d'un pleurer qui faisait penser au pleurer spasmodique.

On ne constata pourtant aucune atrophie de la langue, dont les mouvements étaient normaux.

La religieuse du service remarqua qu'en mangeant il lui arrivait d'avaler de travers, il était obligé de mettre ses doigts dans sa bouche pour retenir sa nourriture.

Quelques jours après la femme du malade nous donna des renseignements sur le début de la maladie.

Elle avait commencé il y avait quatre ans ; au mois d'avril 1910 le malade s'aperçut subitement qu'il ne pouvait plus avaler ; sa langue était à ce moment énorme et noire et il ne pouvait plus parler; le traitement fut assez mystérieux : un pharmacien donna d'abord une « poudre blanche », puis un médecin, qui diagnostiqua un » coup de sang », prescrivit un gargarisme.

Ces traitements produisirent cependant de l'amélioration. Trois mois après, le malade fut pris d'une paralysie de la jambe droite, puis du bras, sans paralysie faciale.

Jamais il ne fut aphasique, la voix disparut peu à peu et ce fut graduellement qu'il arriva à ne plus prononcer que les grognements que nous avons constatés.

Le malade ne semble pas, d'après les dires de sa femme, avoir de l'affaiblissement intellectuel.

Il savait lire, et écrire, mais écrivait peu et très mal, sa femme ne semble pas s'étonner quand nous lui montrons les informes gribouillages tracés par son mari.

Ici l'anarthrie complète du malade, jointe à ce fait — que nous ne connaissions pas — qu'il écrivait déjà très mal avant sa maladie, pouvait simuler l'aphasie. Un autre élément d'erreur s'y ajoutait, c'était l'hémiplégie droite. Ce cas n'est du reste pas rare ; « On peut dire, écrit Lamy, que presque tous, sinon tous les pseudo-bulbaires ont été des hémiplégiques..... ; il suffit d'interroger le malade ou son entourage pour apprendre qu'il y a eu paralysie des membres à un moment donné, et il suffit de l'examiner un peu attentivement pour constater qu'il existe presque toujours des vestiges actuels (parésie unilatérale, exaltation des réflexes tendineux, clonus, signe de Babinski). Il est exceptionnel que les symptômes apparaissent après un premier ictus ; le plus souvent on relève dans les antécédents une attaque d'hémiplégie accompagnée de troubles d'articulation des mots, de troubles de la déglutition et de la phonation un peu plus accentués que de coutume ». Ce sont précisément ces troubles de la déglutition et aussi l'aspect si caractéristique du malade qui devaient contribuer à nous faire faire des réserves sur le diagnostic d'aphasie.

Dans le syndrôme pseudo-bulbaire, cependant, l'anarthrie complète est, au dire des auteurs, relativement rare : on trouve le plus souvent de la dysarthrie et c'est cette dysarthrie qu'il importe de connaître et de diagnostiquer.

Pitres a soutenu du reste que l'aphasie motrice pure ou sous corticale de Déjerine relevait d'une lésion de la capsule interne déterminant une dysarthrie, l'aphasie capsulaire rentrerait donc dans le cadre des paralysies pseudo-bulbaires. Déjerine et ses élèves n'ont jamais accepté cette manière de voir, et distinguent nettement la dysarthrie pseudo-bulbaire, dont la source est dans une altération motrice, un trouble de motilité des organes phonateurs, et l'aphasie qui tire son origine d'une modification des actes psychiques du cerveau.

Un premier caractère est frappant dans la parole du pseudo-bulbaire, c'est le timbre de la voix qui est faible, sourd, nasonné, (c'est ce timbre de voix qu'on observe dans les paralysies du voile du palais), de plus elle est monotone, aussi figée que le visage. Les phrases sont entrecoupées, hachées par l'essoufflement.

La dysarthrie porte sur les consonnes, dentales, gutturales, labiales. Le sujet, qui se rend compte des défectuosités de sa parole, parle lentement, fait effort pour qu'on le comprenne.

Nous nous souvenons d'avoir vu dans le service des maladies nerveuses un malade qu'après examen sommaire l'interne de garde y avait envoyé avec le diagnostic d'hémiplégie droite et aphasie.

Ce qui nous frappa encore ici ce fut le faciès figé de cet homme, qui ne présentait aucune paralysie faciale, pas de paralysie du bras droit, mais seulement une diminution de la motilité de la jambe droite avec réflexes forts, mais sans signe de Babinski.

Pour ce qui est de la parole on constatait une voix nasonnée, monotone, la parole était difficile, le malade éprouvait une grande difficulté à prononcer les r, les l, les b, mais il exprimait parfaitement sa pensée. Il n'avait aucun symptôme d'aphasie sensorielle, mais un certain degré de déficit intellectuel et la dysarthrie, joints aux vestiges de paralysie, expliquaient l'erreur de diagnostic.

Nous rapprochons de ces observations le cas suivant :

OBSERVATION IX

Ictus le 16 avril 1913. — Entrée à St-Jacques le 11 juillet 1913. Paralysie droite complète, avec contracture survenue précocement, exagération des reflexes. Signe de Babinski positif. — Troubles de la déglutition. — Troubles aphasiques réduits à de la dysarthrie.

Adelaïde Antoinette Le S... entre le 11 juillet 1913 à la salle Sainte-Elisabeth, venant de l'Hôtel-Dieu,

Le 16 avril 1913, sans perte de connaissance, après un simple étourdissement, elle fut frappée d'une hémiplégie droite complète, elle parlait mal et avait de la difficulté à se faire comprendre. Elle fut soignée d'abord à l'Hôtel Dieu puis envoyée dans le service des maladies nerveuses de l'Hospice St-Jacques.

A ce moment, elle ne présente plus trace de paralysie faciale, mais on constate une paralysie spasmodique du bras droit, établie dès le premier jour, reflexes exagérés et léger clonus de la main. Aux membres inférieurs, il y a de même une paralysie spasmodique droite avec reflexes exagérés, clonus du pied, signe de Babinski. En dehors de cela, un certain degré de sialorrhée et quelques troubles de déglutition.

Les troubles de l'élocution persistent : ce qui frappe d'abord c'est une prononciation inintelligible qui pourrait facilement en imposer pour de la jargonaphasie ; cependant ce n'est qu'une apparence due à ce que certaines lettres ne sont pas prononcées ou sont remplacées par d'autres. Voici, par exemple, comment elle raconte sa maladie : « Je chui malte depuis tate mois, je tsubé la place, j'ai l'apé la consèche pi la tué mé révé ; atouné des sasues de dionoubé de diodu. (Je suis malade depuis quatre mois, je suis tombée dans la place, j'ai appelé la concierge qui m'a relevée, on a cherché un médecin, il m'a mis des sangsues et donné de l'iodure. »

La parole répétée est meilleure et plus compréhensible ; mais il est certain que Mme Le S... n'est ni paraphasique ni jargonaphasique, si l'on entend par jargonaphasie l'emploi de néologismes, de mots forgés par le malade et sans signification. A dire vrai, elle a nommé à plusieurs reprises un pinceau un *bouhon*, mais c'est le seul terme impropre qu'elle ait jamais employé, pour désigner un objet dont sans doute elle ne s'était jamais servie, tandis qu'elle prononce avec une remarquable netteté le mot « mouchoir de poche », qu'en sa qualité d'ancienne blanchisseuse elle a dû prononcer d'innombrables fois. De plus, et sur ce point elle est très nettement affirmative, elle n'aurait jamais été jargonaphasique : « Je parle ainsi depuis le début de ma maladie et n'ai jamais parlé plus mal que maintenant. »

Par ailleurs, aucune surdité verbale, même avec l'épreuve de Thomas et Roux ; aucune cécité verbale, même avec le test des trois papiers.

Son écriture présente un phénomène très curieux et assez rare sur lequel nous nous réservons de revenir dans un autre travail, elle écrit en miroir. (1)

(1) L'écriture en miroir consiste en ce que le malade écrit non plus de gauche à droite, mais de droite à gauche, si bien que son écriture est renversée, comme une écriture normale vue dans un miroir. Ce phénomène constaté presque toujours chez des individus qui, pour

Voilà donc une hémiplégie droite sans aphasie mais avec dysarthrie. N'est-il pas permis de penser à une hémiplégie bulbaire, diagnostic que la sialorrhée et les troubles de déglutition viennent encore appuyer ?

En effet, les lésions du bulbe et de la protubérance peuvent présenter le caractère d'un syndrome cérébral lorsque les pyramides antérieures des faisceaux moteurs ou le faisceau sensitif postérieur sont lésés ; l'entrecroisement de ces faisceaux n'ayant lieu qu'à la partie inférieure du bulbe et leurs fibres étant enchevêtrées, il en résulte des phénomènes hémiplégiques croisés.

« En soi, dit Lamy, l'hémiplégie motrice croisée d'origine bulboprotubérantielle ne diffère de l'hémiplégie cérébrale que par des caractères peu importants et qui n'ont rien d'absolu.

« L'aphasie ne s'observe pas, mais l'*anarthrie* prend ici une importance particulière. Il en est de même des troubles de *déglutition*, de la paralysie de la langue, qui sont d'autant plus prononcés que l'interruption des conducteurs est plus voisine des noyaux bulbaires. »

« On a dit qu'à la suite des hémiplégies bulboprotulérantielles, la contracture s'établissait d'une façon précoce et intense ».

Mme Le S... nous semble bien réaliser ce tableau clinique et nous croyons bien avoir là un cas d'hémi-

---

une raison ou une autre écrivent de la main gauche, a reçu plusieurs explications ; la plus généralement reçue, celle à laquelle nous nous rallions et que nous nous proposons de soutenir avec notre maître, M. le professeur Mirallié, dans un prochain mémoire, est que l'écriture en miroir *est l'écriture normale de la main gauche*,

plégie bulbaire avec anarthrie et non pas une hémiplégie cérébrale avec aphasie en voie d'évolution.

Quoiqu'il en soit, nous conclurons de ce cas que la dysarthrie peut facilement simuler l'aphasie et la jargonaphasie.

Les éléments du diagnostic différentiel sont facile à trouver : le bulbaire a de la peine à articuler, des lettres manquent, d'autres sont remplacées, les mots sont défigurés, mais la phrase est parfaitement sensée, répond bien à la question, les mots sont employés dans leur sens, et non pas à tort et à travers, ils appartiennent bien à la langue que parle le malade, ils ne sont pas forgés par lui ; on tiendra compte de ce que Brissaud nommait la musique du langage, le langage du pseudobulbaire est monotone, l'aphasique au contraire garde toute la richesse primitive de son intonnation et il module suivant ses sentiments les mots dont il se sert.

Lamy a signalé à la Société de Neurologie (séance du 1er février 1910) que les anciens aphasiques gardent encore après leur guérison des troubles de l'élocution. « La parole est entrecoupée, hachée... elle est détachée mot par mot, seuls parfois les mots un peu longs sont coupés en deux.

« Toutes les syllabes sont bien articulées ; les r en particulier sont très nettement prononcées ainsi que les labiales explosives, mais souvent le malade *butte*, en quelque sorte, sur un mot difficile. Si on le fait parler à haute voix ou lire un peu longtemps, les accrocs, les

incorrections, les mots écorchés deviennent plus nombreux, il s'essouffle en parlant, il parle d'une façon haletante. »

Ces troubles ne sont-ils pas jusqu'à un certain point analogues à ceux dont on tire si grand parti dans le diagnostic de la paralysie générale ? Et ne pourrait-on les confondre les uns avec les autres?

C'est semble-t-il une cause d'erreur, surtout s'il y a des phénomènes mentaux surajoutés, particulièrement des phénomènes d'excitation maniaque.

La coexistence de l'aphasie et de la paralysie générale n'est du reste pas rare. La meningo-encéphalite apparaît quelquefois la première et plus tard l'aphasie vient s'y surajouter. La pathogénie de cette aphasie est assez complexe ; ou bien, c'est un foyer de ramollissement consécutif à l'athéromasie sylvienne ou à la syphilis cérébrale, ou une hémorragie sous-durale : l'aphasie est donc un épiphénomène existant simplement avec la paralysie générale ; ou bien, comme l'a indiqué Déjerine, il se produit une poussée intense de méningo-encéphalite dans la zone du langage : au point de vue clinique, Mapother a signalé que ces aphasies ont un début brusque et sont définitives.

D'autres fois, l'aphasie précède la paralysie générale.

Les ictus aphasiques peuvent entrer dans la symptômatologie de la paralysie générale, soit isolés sans paralysie, soit accompagnés d'ictus épileptiformes ou apoplectiformes.

Cette aphasie presque toujours motrice, est d'abord

transitoire, puis, quand la paralysie générale est entrée dans une période plus avancée, elle devient permanente et durable, à ce point que certains auteurs ont pu décrire des formes aphasiques de la paralysie générale : sensorielles (cas de Sérieux et Geoffroy), motrices (cas de G. Ballet), totales (cas de Mlle Constantza Pascal).

Nous avons pu suivre pendant quelque temps un cas d'aphasie survenu chez un paralytique général.

OBSERVATION X

Ictus apoplectique en août 1912. En février 1913 et avril 1913, deux ictus apoplectiformes, Symptômes nets de P. G. Aphasie motrice.

Moy... Clément, 39 ans, charpentier, entre le 14 avril 1913 au quartier d'aliénés de Saint-Jacques.

Les deux médecins qui ont delivré le certificat d'internement ont constaté les symptômes suivants :

« Le malade ne répond pas aux questions qu'on lui pose ou ne prononce que quelques paroles incohérentes qu'il répète un grand nombre de fois. Il présente un bégaiement très accentué.

« L'un de nous a eu l'occasion de constater il y a quelques mois chez ce malade une crise très nette d'épilepsie jacksonienne suivie d'une hémiplégie droite.

« Depuis il a eu une nouvelle crise moins violente que la première. »

Les parents qui l'accompagnent ajoutent d'utiles renseignements.

Moy... n'a dans son hérédité aucun antécédent pathologique.

Son enfance ne présente rien de particulier ; aussitôt après son service militaire il partit faire un tour de France qui dura 13 ans ; il a bien pu y contracter quelque maladie vénérienne.

Revenu dans son village en 1910, il ne présenta d'abord rien d'anormal, puis son caractère changea, il devient sombre, triste, faisait mal son travail, se montrait indifférent à tous et à tout.

Au mois d'août 1912, il eut une première attaque, l'ictus épileptiforme signalé dans le certificat, il resta 2 à 3 jours sans connaissance, et quand il sortit de ce coma il parlait mal, on avait grand peine à le comprendre, « Sa langue était paralysée » dit la famille, « son côté droit était froid et paralysé. »

Deux autres ictus avec perte de connaissance mais sans convulsions survinrent en février et au commencement d'avril 1913.

Examen du malade. — Moy.... se présente l'air indifférent, la mise négligée, tout son aspect est celui du paralytique général.

On lui parle, il ne répond pas, puis émet des grognements inintelligibles, quelque chose comme « ça heu ! ah eu ! » peut-être dit-il Monsieur. A tous les ordres, même les plus simples, il répond toujours « heu ! heu ! » et n'en exécute aucun.

Etat somatique : Exagération du réflexe rotulien. Inégalité pupillaire, la gauche étant plus dilatée que la droite, signe d'Argyl Robertson positif, mouvements de trombose de la langue.

Cette observation est un exemple de la coïncidence de l'aphasie et de la paralysie générale ; la paralysie générale se montra la première, un premier ictus épileptiforme survint, déterminant l'aphasie, puis deux autres ictus aplopleciiformes. et le malade que nous observons à l'asile présente les caractères assez nets de la paralysie générale d'une part, de l'aphasie d'autre part.

On conçoit que le diagnostic puisse être assez difficile lorsque la paralysie générale est arrivée à la démence ; démence et aphasie forment alors un complexe où il est difficile de faire le départ entre les deux facteurs, d'autant que, toute idée de paralysie générale étant écartée, les conceptions délirantes ne sont pas rares au cours de l'aphasie.

Souvent l'ictus est suivi d'un délire hallucinatoire violent, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, illusions, erreurs d'interprétation. Au début, ce délire s'accompagne de phénomènes d'excitation maniaque qui peuvent être suivis de périodes de dépression représentant ainsi le syndrome de l'asthéno-manie ou dysthénie périodique post-apoplectique.

Ces cas sont souvent d'un diagnostic assez délicat comme le montre l'observation du malade Mont... Joseph.

OBSERVATION XI

Première entrée en 1911. Ictus apoplectique, aphasie motrice, agraphie. Signes somatiques de P. G. — Deuxième entrée en 1913 : excitation maniaque. Aphasie motrice, agraphie, aphasie sensorielle (cécité et surdité verbales).

Mont... Joseph Jean-Marie, 51 ans, tourneur sur métaux, est amené à St-Jacques (quartier des aliénés) le 25 juillet 1913 avec un certificat concluant à la paralysie générale.

Ce malade avait déjà fait une première entrée à l'Asile, du 1er février au 30 mai 1901.

Le certificat d'entrée à cette époque racontait que le 27 décembre 1900 il avait eu une crise d'épilepsie jacksonienne de tout le côté droit, suivie d'hémiplégie droite et d'aphasie, ce qui donnait à penser qu'il s'agissait d'une gomme syphilitique de la 3e frontale, et le certificat le portait atteint de syphilis cérébrale.

Pendant quinze jours il resta dans un état de prostation profonde qui fit place à une excitation telle qu'il fallut l'interner.

Au moment de son entrée, l'aphémie était améliorée, mais il présentait une agraphie marquée ; ayant à copier « vu la loi du 30 avril 1838 », il écrivait « *l'une dune avoir, nul y a moi* », de même « la loi » donnait « *plus a* », « je ne suis pas malade » « *Etves geunerment* ».

Il lui arrivait parfois de dire un mot à la place d'un autre et il se fâchait parce qu'il ne pouvait se faire comprendre.

Certains symptômes : le tremblement des lèvres, la parole machonnée, la redite des syllabes, firent faire le diagnostic de paralysie générale chez un alcoolique.

Le 30 mai, il sortait de l'asile très amélioré surtout au point de vue de l'aphasie et l'agraphie, il écrivait correctement son nom et la date à laquelle il se croyait.

Pendant douze ans, de 1901 a 1913, Mont... resta hors de l'asile, menant une vie normale, travaillant bien, il se maria même.

Cependant il gardait quelques bizarreries de caractère, il avait toujours un certain embarras de la parole et comprenait plutôt mal les questions, surtout si elles étaient compliquées, son entourage mettait ce fait sur le compte de la surdité.

Le 17 juillet 1913, il eut un ictus et resta sans connaissance pendant deux jours ; le 19 juillet il sortit progressivement de ce coma, sans paralysie, mais avec des troubles mentaux caractérisés par du délire maniaque, criant, chantant, jour et nuit, voulant se lever pour aller travailler ; dans sa chambre il se croyait à l'atelier et disait voir un tour au bout de son lit. Il

avait de subits accès de terreur, regardait sous son lit, se rejetait contre le mur quand les médecins voulaient l'examiner. semblait avoir des hallucinations effrayantes.

Le 22 juillet, ce délire se calma un peu, mais le malade était encore excité, euphorique, l'hyperidéation était nette, il faisait de fausses reconnaissances, il montrait un optimisme béat.

Les médecins que la famille fit demander ayant en outre constaté des troubles de la parole, de l'exagération du reflexe rotulien, du rétrécissement pupillaire et la paresse de la réaction à la lumière émirent l'idée d'une paralysie générale.

Etant de garde, nous le voyons dès son entrée : il donne bien l'impression d'un paralytique général : il entre d'un air délibéré parait heureux, satisfait, parle beaucoup, tient des discours incohérents : « Je suis mal fichu, je me sens là (au côté droit) quelque chose de formidable : j'ai vu tous les médecins... Si j'ai été malade ? Ah oui : et sérieusement encore, j'ai attrappé un rhume ! » Tout cela est dit d'un air satisfait, joyeux, qui contraste avec le sens du discours, il a des accrocs de la parole mais donne un accent convaincu à tous ces mots : « Formidable, tous les médecins... »

Au demeurant il est est absolument désorienté dans le temps et semble présenter de sérieux troubles de la mémoire.

Au point de vue somatique : les pupilles sont ponctiformes, la droite étant un peu plus large que la gauche, elles réagissent peu à la lumiere ; les réflexes sont forts, il n'y a pas de tremblement de la langue.

Son fils et sa femme ayant dit qu'il ne paraissait pas toujours comprendre ce qu'on lui disait, comme d'autre part il répond assez souvent à côté, nous pratiquâmes un examen au point de vue aphasique. Cet examen fut laborieux ; très excité, très hypersthénique. Mont.. ne semblait préter aucune attention à ce qu'on lui disait, il tenait des discours interminables et incohérents, gesticulait, et il fallait insister énergiquement, ré-

péter l'ordre plusieurs fois pour qu'il se décidât enfin à écouter.

Nous lui montrons différents objets : il en nomme certains ; pour d'autres, il répond : « Je ne sais pas », ou tient des discours incohérents. Parfois il donne à l'objet un titre un peu excessif : un modeste petit flacon devient une carafe, et la sonnette une cloche.

On lui montre une boîte, il dit : « Je ne me rappelle pas », un timbre-poste : « Oui, c'est un nécessaire, un pied à coulisse »; une brosse : « Je vois un huit, je ne sais pas ce que c'est »; un porte-plume : « C'est un crayon, un copeau. »

Le marteau perculeur devient un « *pesse* » pour pincer quelque chose », et quelques instants après il le baptise « un petit cadre »; la bouteille qu'il avait reconnue, devient un *gentable,* un porte-plume c'est un *tazaro,* une clef c'est un crayon, et une montre sert à porter le crayon dedans.

Il ne reconnaît pas un chandelier, mais, mais, si on allume une bougie, il dit : « Il vient d'allumer la chandelle ! » et il l'éteint spontanément.

Sur invitation il enflamme une allumette, puis, de lui-même, allume la bougie.

Si on lui demande de se lever, il ne bouge pas, et si on lui donne l'ordre plus compliqué : « Faites le tour de la chaise et éteignez la bougie », ce n'est qu'à la seconde invitation qu'il se lève, il ne bouge du reste pas, mais éteint la bougie.

On passe ensuite à l'examen de la lecture. Avant de lire Mont... réclame un *crayon* et cherche dans ses poches, on finit par comprendre que crayon signifie lorgnon ; on lui présente un lorgnon, il ne le nomme pas mais le met sur son nez.

On lui demande de lire : « La loi de trois ans est votée, elle n'aura pas d'effet rétroactif. » Il lit : « La Loire de la Loire-Inférieure avec envolée, elle est nouveau d'effets retrepation Arthur. » Lorsqu'on écrit son nom, il le reconnaît parfaitement et dit : « C'est moi ! » même lorsqu'on l'entoure de noms à peu

près semblables. Il regarde d'un air indifférent : « Gontr... Pontr... Bontr... », si c'est une des dernières lettres qui est changée, il lit le commencement du nom puis s'arrête en disant : « Connais pas. » Si on écrit : « Joseph Montr... faisait-il la noce ? », il désigne immédiatement son nom, regarde le reste de la phrase et ne semble pas comprendre ; quand on lui dit : « Eh bien ! faisait-il la noce ? » il proteste énergiquement.

Aucune cécité littérale.

L'écriture est assez difficile à examiner : on lui demande d'abord son nom, il commence, efface, recommence, rature, il lui faut 80 secondes pour écrire son nom et 50 pour son prénom, qu'il travestit en Josemp.

Du reste s'est toujours son nom qu'il veut écrire : on lui dicte une phrase qui commence par « Je suis », il continue « je suis Joseph Montr... » et écrit Joseph ; on a toutes les peines du monde à le faire écrire sous dictée, ou à lui faire copier un texte imprimé, il s'interrompt dès le premier mot pour tenir des discours sans suite.

L'écriture spontanée est tout aussi difficile à examiner, on lui demande d'écrire par exemple une lettre à son fils « J'aime mieux, dit-il, écrire Joseph Mont... » et c'est en effet tout ce qu'on peut lui faire écrire.

A ce moment il était encore assez facile de se faire une opinion, Montr... présentait bien des symptômes de paralysie générale et les médecins qui l'avaient vu étaient fondés à délivrer un certificat dans ce sens.

Mais Montr... évolua et le diagnostic pourtant complexe, devint plus obscur encore. Il resta maniaque et son agitation était telle qu'il fallut le transférer à la 11e section (agités).

Le 27 août, on le réexamina.

L'état mental est le même : excitation, gesticulation, il parle vite, beaucoup, passant d'une idée à l'autre.

Il faut répéter trois fois « Asseyez-vous » pour qu'il s'y dé-

cide. On lui demande de se lever et de venir écrire son nom « Oh ! c'est facile, bien sûr, j'ai compris ! Mon nom ? je veux bien ! je le ferai ! ma fille va le faire. Mais oui c'est bien facile ! » Mais il n'exécute pas l'ordre, qu'on lui donne pour la troisième fois.

La reconnaissance des objets est aujourd'hui extrêmement défectueuse.

Il ne peut nommer ni un coupe-papier (c'est un porte-plume, dit-il), ni une boîte, ni un timbre ; il commet des erreurs considérables : on lui montre une clef : « C'est pour écrire, ça sert dans les écritures fines. » Quand on lui demande à quoi elle sert, il dit ne plus se rappeler, puis « C'est peut-être une boîte de concombres ».

Il ne peut nommer une brosse à mains et s'énerve de ne pas trouver le mot : « C'est une paire de... comment ? X... s'en sert pour sa peinture ».

Sur le calendrier, il lit le nom de l'éditeur et la date « mercredi 27 août ».

On lui montre un morceau de savon : « C'est peut-être bien un lorgnon », il le place devant ses yeux comme pour regarder à travers, il fait de même quand on lui montre une feuille de papier buvard.

Cette façon de faire pourrait donner à penser que Montr... est devenu agnosique ; il réalise parfaitement la définition que donne Dupré de l'agnosie. « Les malades voient et perçoivent les éléments du monde extérieur, mais ils ne les reconnaissent plus, ils sont incapables d'en saisir et d'en indiquer la destination, l'usage, l'utilité ».

L'agnosique pourra donc être différencié facilement de l'aphasique moteur : celui-ci ne peut dire le nom de l'objet, mais explique par gestes à quoi il sert, l'agnosique se trompe non seulement sur le nom, mais encore sur l'usage.

Il était assez difficile de porter un diagnostic ferme ; par

bien des points, Montr... donnait l'impression d'être un paralytique général ; la longue durée de l'évolution était peu en rapport avec une méningo-encéphalite, c'est certain, mais la paralysie générale comporte souvent de longues rémissions. D'autre part, la connaissance des troubles aphasiques pouvaient orienter le diagnostic dans une toute autre voie ; ou bien c'étaient des troubles délirants secondaires chez un aphasique d'origine spécifique, ou bien c'était une démence syphilitique avec aphasie.

On fit alors pour éclairer le diagnostic une ponction lombaire. Le liquide qui sortait goutte à goutte présentait un léger trouble, il ne contenait pas d'albumine.

L'examen cytologique montra la présence d'une lymphocytose très abondante, de gros mononucléaires, et de nombreux placards endothéliaux.

Dans ces conditions l'existence d'une méningite est certaine, peut-être est-ce une syphilis cérébrale ? Peut-être plus probablement, est-ce une méningo-encéphalite (1).

Quoiqu'il en soit du diagnostic réel que comporte le cas de Montr..., retenons seulement les difficultés qu'ont suscitées chez ce malade la coexistence de l'aphasie et de l'excitation maniaque ; du reste il est encore assez difficile de dire quelle part revient à son hyperidéation dans ses troubles du langage et de l'écriture.

C'est du reste au point de vue de l'aliénation mentale et c'est dans les asiles d'aliénés que le diagnostic de l'aphasie se pose avec le plus de fréquence.

---

(1) Mont... mourut le 28 décembre, sans changement notable dans son état. Sa famille comme beaucoup d'autres, s'opposa à l'autopsie.

Il est facile en effet, de prendre un aphasique, particulièrement un sensoriel, pour un dément : le sensoriel est verbeux, tient des discours où les idées semblent se suivre avec une extrême incohérence ; ne s'entendant pas parler, il ne peut reconnaître le désordre de son langage, et, avec un air tout simple, fait aux questions des réponses absurdes, hors de propos, sans signification ; un pareil tableau peut faire suspecter la démence et Brissot, dans sa thèse, cite plusieurs cas de paraphasiques internés « dont le seul tort était une destruction de la zone de Wernicke ».

Cette verbosité, l'emploi de néologismes, la répétition des mêmes formules, le manque de lien entre les idées exprimées peuvent simuler un délire : un paraphasique observé par Charcot disait : « J'ai ma main dans le soleil », cette phrase ne serait pas déplacée dans la bouche d'un maniaque délirant, comme celui qui nous disait le jour de son entrée : « C'est moi qui plante les étoiles au ciel, je viens d'en mettre une au pôle Nord ».

Et, dans ces circonstances spéciales, le diagnostic prend une importance extrême, si on songe aux conséquences qu'il peut avoir : l'internement avec cette étiquette de folie, dont jamais il ne pourra se débarrasser, d'un malheureux et inoffensif aphasique, parfaitement capable de vivre en liberté et même d'administrer ses affaires.

Certains diagnostics différentiels sont faciles : le mutisme existe dans la démence précoce ; mais quelle différence entre le dément précoce, indifférent, apathique,

immobile, le visage stupide, le geste stéréotypé et l'aphasique moteur dont la mimique supplée au déficit du langage, quelle différence aussi avec l'asthénique, prostré, l'air épuisé, souffrant, le regard fatigué.

On n'attribuera pas à un aphasique ou vice versa les néologismes des systématisés progressifs qui inventent des termes pour exprimer soit les souffrances qu'on leur inflige, soit les titres et les grades dont ils se parent. « Ils sont tous d'accord pour me faire du *repiquage* » ; disait un des malades de l'asile Saint-Jacques, et ce repiquage n'était autre que l'empalement. « *La loi m'étend* » disait un autre, qui souffrait de névralgies et les attribuait aux maléfices de certains magistrats ; ces magistrats, ajoutait-il, étaient « *asfré* », c'est-à-dire méchants, pervers, et il s'en consolait en se disant qu'il était « *un homme dû, un homme à la bleue* » c'est-à-dire qu'il dirigeait un syndicat et qu'il pouvait juger lui aussi.

Plus difficiles sont les cas où intervient la démence.

La question des rapports de la démence avec l'aphasie a beaucoup préoccupé les neurologistes et les psychiâtres.

Déjà Trousseau professait que l'aphasie s'accompagne toujours d'une diminution intellectuelle. « L'aphasique, disait-il, boîtera toujours de son intelligence ».

Pierre Marie soutient que dans toute aphasie, il existe un affaiblissement intellectuel qui est la condition même de l'aphasie. Les auteurs allemands de leur côté font

de l'aphasie sensorielle et de la paraphasie une des formes de la démence sénile.

Sous l'inspiration de Dejerine, Brissot consacra à cette question une thèse très importante : pour lui, la démence et l'aphasie peuvent coexister, mais il n'y a pas entre elles relation de cause à effet ; cependant il admet que la sénilité peut engendrer des symptômes d'aphasie sensorielle.

Dupré rapproche l'un de l'autre ces deux syndromes comme étant tous deux des déficits intellectuels, mais généralisé dans un cas, localisé dans l'autre aux processus du symbolisme verbal.

Davidenkoff (de Kharkof) a cru pouvoir isoler un état mental spécial qui existerait chez tous les aphasiques et qu'il décrit sous le nom suffisamment explicite de syndrome de la sentimentalité larmoyante.

La réalité de ce syndrome nous paraît bien discutable, et d'après la lecture de ces observations, il nous semble que Davidenkoff a simplement observé des cas d'émotivité, de sensiblerie, fréquents chez les déments séniles, les artério-scléreux à foyers de ramollissement, ou les hypomaniaques.

La coexistence fréquente de la démence et de l'aphasie n'est pas niable, mais nous ne croyons pas que celle-ci engendre celle-là ; on peut trouver chez les aphasiques des états de déchéance intellectuelle comme aussi une intégrité parfaite de l'intelligence permettant aux malades non seulement de jouer à des jeux à combinaisons difficiles (échecs, dominos), mais encore d'administrer parfaitement leurs affaires.

On conçoit combien il peut être difficile, en présence d'un de ces cas de démence et aphasie, de séparer, dans les propos du malade, ce qui tient à l'aphasie et ce qui tient à l'affaiblissement des facultés intellectuelles.

Voici, par exemple, un cas qu'il nous a été donné d'observer pendant notre stage dans le service des aliénés hommes de l'Hospice Saint-Jacques.

OBSERVATION XII

Entré le 6 avril 1909 à Saint-Jacques, transféré au Mans le 6 avril 1910, ramené à Nantes le 27 décembre 1912, toujours considéré comme atteint de démence épileptique. — A l'examen, hémiplégie droite, affaiblissement intellectuel et surtout aphasie motrice. — A l'autopsie, vaste cavité de l'hémisphère gauche.

L... François, 50 ans, cultivateur, est entré à l'asile le 6 avril 1901, le certificat de 24 heures le porte atteint de démence épileptique « la parole, ajoute le certificat, est très embarrassée ».

Le 6 octobre 1910, toujours considéré comme atteint de démence épileptique, il fut transféré à l'asile du Mans ; il en revint le 27 décembre 1912 : « Folie épileptique, dit le certificat rédigé par le médecin en chef de l'asile du Mans, avec soupçon de tumeur cérébrale ; amaurose à peu près complète ; hémiplégie ancienne ; aucun changement dans l'état mental qui serait plutôt aggravé en raison de deux ictus congestifs qu'il a eus à l'asile ».

Les deux certificats délivrés ensuite par M. le docteur Benon portaient aussi « Epilepsie et troubles mentaux ».

Le 16 janvier un examen du malade est pratiqué. Au point de vue somatique, L... est atteint d'hémiplégie spasmodique

droite ; il traîne la jambe et ne peut marcher qu'avec l'aide de deux infirmiers.

L'hémiplégie est peu marquée à la face plus aux membres.

Les réflexes sont exagérés, le clonus du pied est facile à produire ; on trouve un signe de Babinski positif à gauche ; à droite on peut déterminer l'éventail de Dupré.

La sensibilité est normale à gauche, abolie à droite.

Lorsqu'on l'interroge, le malade semble comprendre toutes les questions, il fait des efforts considérables, mais le plus souvent infructueux, pour répondre et il a fréquemment recours aux gestes et aux signes. Quand il parle, la parole est scandée, explosive. Il s'affecte de ne pouvoir répondre, s'énerve, se frappe la poitrine, pleure.

Il donne son nom, son âge, ajoute « Marié ».

D. *Avez-vous des enfants ?* Il fait signe que oui.

D. *Combien avez-vous d'enfants ?* il montre un doigt.

D. *Depuis quand êtes-vous malade ?* Il montre deux doigts.

D. *Qu'est devenue votre femme* ? — Morte.

D. *Et votre enfant ?* Il hausse les épaules, faisant signe qu'il n'en sait rien, il soupire et se met à pleurer.

On lui donne une clef : après l'avoir tâtée, il essaie de parler, mais n'émet que des sons confus. On lui demande si c'est une clef. « Oui » répond-il immédiatement.

Quand on lui donne une épingle il fait le geste d'attacher sa cravate ; si on lui donne une cuillier, il en dit péniblement le le nom, et la porte à sa bouche ; il ne reconnait pas une fourchette.

A ces constatations ajoutons les renseignements que donne l'infirmier : L... dort bien la nuit, il ne peut ni manger, ni s'habiller seul, mais se prête bien à ce qu'on l'aide, si l'infirmier essaie de le prendre par le bras droit, paralysé, il dit : « Non, non » et de lui-même tend le bras gauche, il se prête bien aussi à ce qu'on le change de linge, est propre, demande à aller aux cabinets.

Il entend bien mais n'y voit pas.

On n'a constaté à St-Jacques qu'une seule crise épileptique.

Sa cécité tient, d'après notre collègue Gaudin, aide de clinique ophtalmologique, qui a bien voulu pratiquer l'examen du fond de l'œil, à une atrophie blanche du nerf optique des deux côtés, peut-être consécutive à une compression du nerf, pas de papillite œdémateuse.

L'état de L... se modifia peu par la suite ; il s'affaiblit progressivement et mourut le 21 janvier 1913.

L'autopsie pratiquée le 22 janvier donna les résultats suivants :

L'hémisphère gauche présente à l'extrémité antérieure du lobe frontal deux petites tumeurs accolées, grosses à peu près chacune comme une noix, dures au toucher.

Par suite de dilacération au cours de l'autopsie, la partie supérieure de la face externe du même hémisphère laisse voir une vaste cavité du volume du poing. Le plancher de cette cavité semble être constitué par la paroi supérieure du ventricule latéral très distendu, la paroi supérieure, déchirée en partie, est formée par la substance cérébrale très amincie à ce niveau.

Du côté des autres organes : les poumons sont nettement tuberculeux ; le cœur petit, l'aorte atheromateuse, les reins sont petits, kystiques.

En somme, ce malade présentait un affaiblissement psychique indiscutable mais certainement moins marqué qu'il ne semblait au premier abord et qui restait encore loin de la démence ; l'apparence démentielle tenait surtout à l'existence de l'aphasie motrice et d'un certain degré de surdité verbale, plus probable que nettement démontré.

Notre excellent collègue et ami, le Docteur Legal,

qui a étudié, sous la direction de notre commun maître le docteur Benon, la démence chez les épileptiques, signale outre la compréhension lente des questions que « quelques malades encore peu affaiblis mentalement ont des troubles du langage ; ils ne trouvent pas leurs mots, emploient des périphrases, des circonlocutions (aphasie amnésique).

L'observation suivante montrera chez un dément sénile l'aspect si net de l'aphasie sensorielle que le diagnostic de démence ne put être fait qu'avec les renseignements de la famille.

Ce n'est pas un cas isolé ; Brissot admet que le processus de la sénélité engendre de préférence des symptômes d'aphasie sensorielle consistant surtout en surdité verbale avec paraphasie.

OBSERVATION XIII

Malade de 70 ans. — Symptômes d'aphasie sensorielle (surdité et cécité verbales). — Fabulation, fausses reconnaissances, amnésie.

Bro... Jean-Marie, âgé de 70 ans, propriétaire, fut amené à l'asile le 15 novembre 1912 avec un certificat ainsi conçu : « Est atteint d'aliénation mentale caractérisée par l'incohérence des idées, des paroles et par une amnésie complète. Ayant un caractère instable et aigri, il serait porté à commettre des actes de violence, comme il l'a déjà manifesté à plusieurs reprises ».

Sa fille qui l'accompagne, donne quelques renseignements sur ses antécédents (fièvre typhoïde, rhumatismes), et ajoute

que son père perdait la mémoire depuis 1905, se livrait à des actes étranges, par exemple sortait sans avoir l'air de s'apercevoir qu'il pleuvait, passait dans les champs et y commettait des dégâts, prenait le tison à feu pour une pincette.

L'interrogatoire du malade à l'entrée confirme les renseignements : fausses reconnaissances, désorientation, amnésie.

Le lendemain le malade est examiné à nouveau ; il se présente de façon polie, est souriant, aimable et on note aussitôt que les réponse qu'il fait, sauf celles ayant trait à son nom, ne cadrent nullement avec les questions posées.

D. *Où êtes vous né ?* R. Il est bien aimable, il reste de l'autre côté.

D. *Qu'avez-vous fait ce matin ?* R. Ils m'ont demandé... il revient sur ses pas, je vous jure j'y ai pas pensé, j'ai fait ce que j'ai pu.

D. *Quel jour sommes-nous* ? R. Il y a quatre personnes ici (exact)

D. *Répétez « Je suis à Saint-Jacques »*. R. A St-Jacques? j'ai dit que j'ai pas bien réussi.

On lui montre un crayon : « On les prend parce qu'ils sont forts » ; son chapeau : « J'ai tiré sur la chose, ce n'est pas plaisant » ; un porte-plume : « Nous avons dit que nous prendrons du vin là ou il en est » ; le marteau à réflexes : « Comme la chose, il marche bien, un rasoir »,

D. Avez-vous déjà vu cet objet ? R. Oui c'est dimanche, j'ai voulu le prendre lundi.

Les ordres qu'on lui donne sont mal compris et mal exécutés.

Il ne s'assied qu'à la quatrième invitation, cependant dès la première il avait regardé la chaise en disant : « Je veux bien, je ne demande pas mieux ».

On lui demande de donner la main, il cherche dans ses poches et dit : « Je n'en ai pas, je ne peux pas en donner ».

Cependant, il se lève, tire la langue, ferme les yeux, quand on le lui demande.

Pendant tout l'examen, il se montre poli, souriant, affable, il semble prendre intérêt à ce qu'on dit, approuve de la tête, dit « Ah ! » aux réflexions que nous faisons sur son cas ; entendant dire : « Il semble bien malade », il répète, mais d'un air indifférent « Oui, il semble malade ».

Parfois, il s'irrite de ne pouvoir trouver ses mots.

Ce malade ressemblait à un aphasique sensoriel et quelques jours après, un nouvel interrogatoire ne fit que confirmer cette impression.

D. Comment vous nommez-vous ? R. Bro... à Carquefou, c'est tout près d'ici » et il ajoute une longue histoire d'un bouton qui le gênait, qu'il coupait, mais qui revenait toujours.

D. Avez-vous des enfants. R. Il y en a 7 ou 8, il va marcher ; ce ne sera pas long.

D. Etes-vous malade? R. Oh non ! je ne suis pas malade.

Dès qu'on le regarde, il commence à parler. « Il y a toujours quelque chose dans les chantiers, c'est dur, quand c'est trop fort, les autres s'en vont... »

De lui-même il prend une feuille d'observation et dit : « C'est bien droit, parce qu'il avait sorti de bonne heure, c'est bien ennuyeux. »

On lui montre un imprimé, un bon de l'Hospice : « Ah oui, dit-il, c'est pour attacher » et il en compte les lignes.

On lui demande de lire l'en-tête. il le regarde, comme s'il lisait mais ne dit rien, puis dit d'un air approbateur : « C'est bien fait ». De même il regarde le calendrier, d'un air très intéressé mais sans rien dire et compte les colonnes.

Il semble qu'il se rende compte de son état, car il dit : « J'aimerais mieux que la mère soit là. Depuis quelques jours je ne suis plus le même, c'est malheureux. »

On veut le faire écrire. Il prend le porte-plume très maladroitement, le considère longtemps, puis corrige la position qu'il lui avait d'abord donnée. Il écrit une série

de B, s'arrêtant avant chacun d'eux comme s'il réfléchissait, et, arrivé au bout de la ligne, demande : « Faut-il continuer ? » Comme on fait remarquer que l'écriture n'est pas tremblée, il dit : « Non, je ne tremble pas ». On lui demande d'écrire : « *J'ai 74 ans.* » — « Ah ! oui, 74 ans, ça commence à compter. » Puis il continue ses B ; une deuxième invitation n'a pas plus de succès.

On écrit : 44
+ 35

Comme on écrit au crayon, il tend sa plume d'un air aimable, lit les deux nombres, mais écrit B.

Quand on lui demande combien font 4 et 3, il répond 8, ajoute : « Faut-il pousser un petit peu ? » puis il écrit encore B.

En somme, à part quelques questions simples, M. Bro... ne semble pas compreudre ce qu'on lui dit, il se comporte comme un aphasique sensoriel atteint de surdité verbale. (1)

Des renseignements complémentaires et précis fournis par la famille vinrent modifier le diagnostic.

Depuis 1905, M. Bro... perdait la mémoire, il réclamait à son fils ce qu'il lui avait donné, il oubliait de payer son billet de chemin de fer, il ne retrouvait plus sa route.

Il travaillait encore, mais quelquefois bêchait le jardin du voisin au lieu du sien.

Tout jugement n'était pas encore aboli ; sans pouvoir exprimer sa pensée il témoignait qu'il voyait bien si un fruit était gâté, si le cheval était mal harnaché.

---

(1) Ses réponses sont comparables aux suivantes (Dejerine, in Bouchard) : Quel âge avez-vous ? — Demain, je verrai ce qu'on deviendra. — Comment vous appelez-vous ? — Je... je... mais tout... je n'ai pu rien fermer. — Quand avez-vous vu votre fille pour la dernière fois ? — La dernière fois, elle est gagnée au petit, il y a dix-huit ans qu'elle s'est dégagée.

Depuis 1909, ces troubles augmentèrent, et les voisins, irrités par les dégâts qu'il commettait sur leurs terres, exigèrent de la famille le placement à l'asile. Depuis cette époque, il ne répondait plus guère aux questions, il disait quelques mots exacts, mais aussitôt perdait la suite de ses idées.

En 1909, il eut de la céphalée, mais jamais d'ictus.

Comme le malade allait s'affaiblissant, la famille décida son retrait ; M. Bro... sortit le 8 mars 1913. A ce moment, la démence sénile ne faisait plus aucun doute.

Nous n'avons jamais pu savoir ce qu'il était devenu. Tout porte à croire qu'il est mort ; il eût été intéressant de savoir s'il y avait lésion de la zone du langage, ou si l'aphasie résultait, comme le prétendent certains auteurs, de l'état démentiel.

Quoiqu'il en fut, il était probable, surtout après les renseignements de la famille, que M. Bro... était atteint surtout de démence sénile ; mais chez lui l'affaiblissement des facultés intellectuelles avait évolué très lentement.

Cependant, l'aphasie sensorielle ne semble pas niable : elle n'a du reste rien d'invraisemblable.

Le substratum anatomique de la démence sénile, c'est la sclérose : sclérose miliaire de l'écorce cérébrale, artério-sclérose (artérite totale, foyers de sclérose périvasculaire).

L'existence d'un de ces foyers au niveau de la première circonvolution temporale expliquerait l'aphasie.

Les autres lésions de la démence sénile : hémorragies miliaires, petits foyers de ramollissement pourraient aussi être invoquées.

Quelle qu'elle soit, la lésion s'est formée lentement,

ce qui explique la lenteur et l'absence d'ictus au début de l'aphasie.

La confusion mentale est un syndrome que l'on a souvent confondu avec l'aphasie.

La confusion mentale est un trouble de la perceptivité et de la reconnaissance, non de la parole, le malade qui en est atteint ne reconnaît plus choses, les personnes ou les lieux ; et cela sans qu'il s'en rende compte, ce qui différencie la confusion mentale de l'agnosie.

Nous avons observé à l'asile Saint-Jacques un cas assez complexe de confusion mentale venant compliquer une démence épileptique avec troubles aphasiques.

OBSERVATION XIV

Insolation en juin 1908 ; céphalée ; délire ; agitation ; première attaque épileptiforme le 8 septembre 1908 ; nouvelles attaques se produisant tous les 2 ou 3 mois , affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence. — Apparition de la confusion mentale en février 1913. — Examen : affaiblissement des facultés mentales ; amnésie ; pas d'aphémie, mais surdité verbale certaine. — Evolution vers la démence épileptique à forme confusionnelle. — Décès le 20 avril 1913 ; à l'autopsie, foyer hémorragique de TII gauche.

C... Jean Marie, 61 ans, meunier, est amené le 21 mars 1913 au quartier des aliénés. Le certificat d'entrée constate qu'à la suite de deux ictus congestifs avec hémiplégie droite (janvier-février 1913), C... présenta du délire continu et une agitation considérable.

Les parents ajoutent qu'en 1908, à la suite d'une insolation, il fut pris d'attaques épileptiques et de troubles mentaux caractérisés par du délire, de l'agitation.

L'interne de garde qui l'examine à l'entrée porte sur la feuille d'observation : « Pas de délire. Ce qui domine, c'est l'affaiblissement intellectuel. Il est incapable de suivre un raisonnement et éprouve de la difficulté à passer d'une idée à une autre.

« Il perçoit tous les sons, mais il lui faut un instant de réflexion avant d'en percevoir la signification ».

Quand on l'interroge pour dresser le certificat de 24 heures, le malade montre un affaiblissement intellectuel très net, de la désorientation, de l'amnésie pour les faits récents, et ne peut donner aucun renseignement sur la genèse de sa maladie, en particulier il semble n'avoir aucun souvenir de l'insolation.

A certaines questions il fait des réponses singulières, rappelant celles d'un aphasique sensoriel.

D. — *N'avez-vous pas quelquefois de la difficulté à parler ?*

R. — Il y a des moments où je suis aux champs.

On lui pose la même question, il répond d'un ton interrogatif « 18 heures » ?

Nous sommes donc amenés à pratiquer l'examen de l'aphasie ; cet examen fut fait suivant la méthode de Pierre Marie, exposée dans la thèse de Moutier.

Le malade comprend et exécute les ordres simples : « Tirez la langue », « fermez les yeux », « agitez la sonnette », « cachetez cette lettre », etc... Il comprend l'ordre : « Faites le salut militaire » mais a grand'peine à l'exécuter, ce n'est qu'à la quatrième invitation qu'il y parvient.

A mesure qu'on le lui demande, il donne la main droite, lève les bras en l'air, joint les mains.

Nous arrivons à lui donner des ordres plus compliqués : « Etendez la main droite et écartez les doigts », « Prenez le por-

te-plume et trempez-le dans l'encrier », « Frappez trois coups à la porte ». Ces ordres sont parfaitement exécutés.

Il reste immobile quand on arrive à lui dire : « Vous irez à la fenêtre frapper trois coups aux carreaux, puis à la porte remuer trois fois le bouton de la porte ; vous reviendrez, vous ferez trois fois le tour de votre chaise et vous pourrez vous asseoir. »

On lui décompose alors l'opération, mais le malade ne réussit que très imparfaitement à exécuter cet ordre.

L'épreuve des trois papiers de Pierre Marie, n'est également pas réussie : « Voici trois papiers ; vous donnerez le plus grand au médecin, le plus petit à l'infirmier, vous garderez le troisième ».

Il commence par mettre un papier dans sa poche, comme on lui dit que ce n'est pas fini, il y met les deux autres.

Au troisième essai on parvient à lui faire exécuter l'ordre convenablement.

Le malade ne sait malheureusement ni lire, ni écrire, mais jusqu'ici il est à peu près certain qu'il présente un certain degré de surdité verbale, cependant, il faut tenir compte de son affaiblissement intellectuel.

Il ne présente pas d'aphémie, et nomme tous les objets qu'on lui présente.

On ne trouve pas non plus d'apraxie, cependant quand on lui demande de faire le salut militaire, il porte la main au nez au lieu du front.

L'examen somatique montre que l'hémiplégie droite a complètement rétrocédé, il reste à peine un peu de difficulté dans les mouvements du bras droit.

Le réflexe rotulien est un peu fort et s'accompagne de réflexe contro-latéral, le signe de Babinski est négatif ; on ne trouve aucun des signes du syndrome pyramidal.

Quelques jours après cet examen la femme de notre malade vint confirmer les renseignements qui avaient été donnés.

Le 16 juin 1908, C... fut frappé d'insolation. Il n'y eut pas perte de connaissance, mais il éprouvait une violente céphalée, et trois jours après apparaissait un delire violent, terrifiant, à caractère parfois alcoolique (zoopsies). Ce délire dura trois jours, avec des rémissions, et il put reprendre son travail une quinzaine de jours après l'insolation.

Deux mois après, au début du mois de septembre, apparut la première crise épileptiforme, elle fut suivie de plusieurs autres, se produisant tous les deux ou trois mois, surtout la nuit, pendant quatre ans. Ces crises présentaient le tableau classique de l'épilepsie : écume à la bouche, morsure de la langue, coma. Le délire terrifiant et professionnel, le reprit vers la fin de janvier 1913 et fut suivi d'un ictus congestif avec hémiplégie droite et signes nets de confusion mentale. Il resta dans cet état pendant 3 semaines environ.

Dès le commencement de la maladie, et même en dehors des crises, C... présenta un affaiblissement intellectuel très net et dont tout son entourage s'aperçut.

Il s'agissait donc d'une démence épileptique à forme confusionnelle avec appoint éthylique, et les troubles aphasiques n'en étaient très probablement que la conséquence.

Le 11 avril 1912, C... eut, à une heure d'intervalle, deux crises d'épilepsie, suivies d'agitation confusionnelle.

Il était extrêmement agité, défaisait son lit, causait tout seul, mais de façon inintelligible.

Amené au cabinet du médecin, il ne répond pas, sauf à son nom, et s'occupe à arracher les boutons de son paletot.

On lui tend un verre de tisane, il le touche, semble l'étudier mais sans le reconnaître, il le change de place mais n'essaie pas de boire.

On lui met successivement dans la main deux clefs, un couteau, une cuiller, il les manipule, les regarde et ne les reconnaît certainement pas.

Le 14 avril, à la suite d'une nouvelle crise, C... est dans le même état d'agitation et de confusion, il ne répond pas aux questions, semble même ne pas les entendre, et à ce moment est certainement atteint de surdité verbale ; on lui donne un morceau de pain, un verre de lait, il les repose sur la table d'un air indifférent ; quand on lui introduit du lait dans la bouche, il l'avale par une sorte de mouvement réflexe.

C... mourut le 20 avril 1913.

L'autopsie fut pratiquée 72 heures après la mort.

Le 4e ventricule était tout à fait lisse ; il n'y avait aucune trace d'hémorragie bulbaire ou protubérantielle.

Les parois du tronc basilaire conservaient leur souplesse, on ne constata qu'une petite plaque d'athérome au niveau de ses branches de division.

La décortication des deux hémisphères ne présentait aucune difficulté.

La coupe de Flechsig révéla, à droite et à gauche, un piqueté hémorragique de la couche rayonnante.

De plus on constata, à la partie moyenne de la deuxième circonvolution temporale gauche, un foyer hémorragique superficiel, mais non ouvert dans la pie-mère, du volume d'une grosse noisette.

L'existence de ce foyer de la deuxième temporale prouve que l'aphasie sensorielle de C... se surajoutait à la confusion mentale.

Si C.... ne nommait pas les objets qu'on lui mettait dans la main ce n'était pas parce qu'il ne pouvait en évoquer et en exprimer le nom, c'était parce qu'il ne se rendait plus compte de leur nature et de leur usage ; un aphasique moteur ou un anarthrique suppléeraient

par leur mimique aux troubles du langage, ne pouvant nommer l'objet ils témoigneraient qu'ils le reconnaissent comme faisant le malade L.... (obs. XII) c'est sur cette constatation qu'on s'appuiera pour différencier l'aphasie de la confusion mentale et de l'agnosie.

CONCLUSIONS

I. — Les théories exposées au sujet de l'aphasie peuvent, en général, se ranger sous trois rubriques :

Théorie classique des centres corticaux (Dejerine) ;

Théorie de l'anarthrie et de la localisation insulaire (Pierre Marie) ;

Théorie de l'apraxie (Gilbert Ballet).

Le problème du langage et de l'aphasie reste encore obscure et ne semble pas avoir reçu de solution définitive.

II. — Les six observations que nous rapportons ne font que confirmer les notions cliniques déjà établies, nous insisterons seulement sur les points suivants :

1° Chez les aphasiques polyglottes, *la langue qui survit est celle dont le malade se servait le plus habituellement*, que ce soit sa langue maternelle ou une langue étrangère.

2° L'aphasie motrice corticale est *améliorable* après une période d'état plus ou moins longue ; la *rééducation peut puissamment aider à cette amélioration.*

3° Les lésions siégeant en dehors de la zone du langage peuvent déterminer, par troubles dynamogènes (chocs, compressions), des phénomènes aphasiques *dont le caractère principal est la fugacité*. Ces lésions sont souvent dues à des troubles circulatoires dans le territoire de l'artère sylvienne, qui irrigue et la zone du langage et les régions voisines, si bien que l'aphasie a pu être considérée comme *le syndrome de la sylvienne*.

III. — Il est logique de rapprocher, à tous les points de vue, les troubles des facultés musicales ou *amusies* des aphasies.

1° Il existe vraisemblablement trois centres : visuel, auditif, moteur verbal, chargés de la conservation d'images-souvenirs des notes avec tous leurs caractères dont la hauteur (centre tonal) et le nom (centre verbal).

2° Ces trois centres sont reliés aux centres du langage ordinaire et aussi reliés entre eux. *Le centre auditif est le plus important et le plus développé* ; enfin les centres sont unis aux centres moteurs musculaires dont l'excitation détermine la mise en jeu des muscles nécessaires à la production des sons par les instruments par un véritable *réflexe moteur instrumental*.

3° Les centres musicaux sont vraisemblablement des *spécialisations des centres du langage*, des subcentres, qui gardent cependant une certaine indépendance.

Ils existent à l'état latent chez la plupart des individus et peuvent se développer par l'éducation et l'habitude, c'est-à-dire augmenter leurs connexions entre eux.

4° Les *lésions centrales* déterminent des troubles analogues aux troubles aphasiques purs, et, de plus, les *lésions intercentrales* déterminent des phénomènes extrêmement complexes, mais jusqu'à un certain point comparables aux phénomènes aphasiques.

5° *L'aphasie instrumentale est un trouble réflexe, apraxique ou parfois agnosique.*

IV. — Le diagnostic différentiel des aphasies est à faire avec un certain nombre de troubles organiques et mentaux.

1° On distinguera la *surdité organique* de la *surdité verbale*, la *cécité organique* de la *cécité verbale*.

2° Le *mutisme hystérique* sera différencié de l'aphasie motrice, particulièrement de l'aphasie motrice pure ou sous-corticale de Dejerine par la perte absolue de toute parole.

3° La *sclérose en plaques* ne présente que des troubles dysarthriques.

4° La *paralysie pseudo-bulbaire* est souvent combinée à l'aphasie par suite de l'extension des lésions à la zone du langage ; on différenciera soigneusement ces troubles dysarthriques, purement moteurs, des troubles aphasiques.

L'hémiplégie bulbaire (hémiplégie motrice croisée d'origine bulbo-protubérantielle) avec anarthrie est quelquefois difficile à distinguer de l'hémiplégie cérébrale avec aphasie.

5° Les anciens aphasiques peuvent garder des trou-

bles de la parole analogues à ceux de la *paralysie générale*.

La coexistence de la *paralysie générale* et de l'aphasie est loin d'être rare : la méningo-encéphalite de la zone du langage peut déterminer l'aphasie, les ictus aphasiques peuvent entrer dans la symptomatologie de la paralysie générale.

Le diagnostic est souvent rendu difficile par la coexistence d'une paralysie générale au stade de la démence ou comportant des phénomènes délirants.

6° Le diagnostic de l'aphasie et des *troubles mentaux* est particulièrement important ; les plus difficiles sont ceux qui ont trait aux *états démentiels*. Certains auteurs ont fait de la démence la condition même de l'aphasie, il semble plus juste de dire que les deux syndromes peuvent coexister sans qu'il y ait relation de cause à effet.

Les démences épileptique et sénile sont à différencier de l'aphasie.

La confusion mentale et l'agnosie, troubles de la perceptivité et non de la parole, ne seront pas prises pour de l'aphasie.

Vu : le Président de Thèse,
ACHARD.

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Cette bibliographie ne comporte que les travaux que nous avons consultés

Gilbert Ballet. — Le langage intérieur et les diverses formes de l'aphasie, 1886.

— Traité de pathologie mentale, 1903.

Gilbert Ballet et Laignel-Lavastine. — Chapitre Aphasie, in Semeiologie du système nerveux, du Traité de Médecine et thérapeutique de Gilbert et Thoinot, 1911.

R. Benon. — Traité clinique et médico-légal des troubles psychiques et névrosiques post traumatiques. 1912.

Bernard. — De l'aphasie et de ses diverses formes. Th. de Paris, 1885.

F. Bernheim. — L'aphasie motrice. Th. de Paris, 1901.

H. Bernheim. — L'aphasie (Doin, éditeur), 1914.

Brissaud. — Leçons sur les maladies du système nerveux, 1895.

M. Brissot. — L'aphasie dans ses rapports avec les démences et les vésanies. Th. de Paris, 1910.

Charcot. — Leçons sur les maladies du système nerveux, 1883.

— Cliniques de la Salpétrière 1883.

— Leçons sur les localisations, 1880.

Ph. Chaslin. — Eléments de semeiologie et de clinique mentales 1912.

Chevallier. — Les aphasies traumatiques. Th. de Paris, 1910.

L. Davidenkof. — Sur certains troubles psychiques observés dans l'aphasie. Revue Neurologique, 30 juin 1914.

Mme H. Decanosoff. — De l'aphasie chez les enfants. Th. de Lausanne, 1910.

Dejerine. — Semeiologie du système nerveux, in Traité de pathologie générale de Bouchard, 1903.

— L'aphasie sensorielle. Presse médicale 1906.

— L'aphasie motrice. Presse médicale 1906.

— Aphasie et anarthrie. Rapport au Congrès de Londres, 1913.

Dejerine et A. Thomas. — Restauration du langage dans l'aphasie de Broca. Nouvelle iconographie de la Salpétrière, juillet 1913.

Dupré. — Revue polyclinique des démences 1906.

Ferrand. — Le langage, la parole et les aphasies, 1894.

Fischer. — Le rappel des mots dans l'aphasie. Th. de Bordeaux, 1885.

Froment et Devic. — Contribution à l'étude de la cécité, de la surdité verbale et de la paraphasie. Bulletin et

mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris, mai 1913.

Froment et Monod. — Troubles de la parole chez l'aphasique moteur type Broca. Société médicale des Hôpitaux de Lyon, mai 1912.

— Du langage articulé chez l'homme normal et chez l'aphasique. Archives de psychiâtrie, avril 1913.

Froschels. — Sur le traitement des aphasies. Archives de Psychiatrie, 1914.

Grasset. — Des localisations dans les maladies cérébrales, 1881.

— Diagnostic des maladies de l'encéphale, 1901.

— Psychophysiologie clinique, 1905.

Johansson et Froederstrom. — Un cas de blessure par arme à feu, de la tête, Nouvelle iconographie de la Salpétrière, 1913.

Lamy. — Maladies du système nerveux : in traité de Médecine de Enriquez, Laffitte, Berger, Lamy.

— Troubles de l'élocution chez un ancien aphasique, Revue neurologique, 1910.

— Un cas de surdité verbale pure. Revue neurologique, 1910.

Levy Valensi. — L'apraxie. Progrès médical. Octobre 1910.

Lippmann. — L'aphasie et l'apraxie. Rapport au congrès de Londses, août 1913.

E. Mapother. — L'aphasie au cours de la Paralysie générale. Journal of mental sciences, avril 1912.

Pierre Marie. — Révison de la question de l'aphasie. Semaine médicale, 1906.

Meige et Feindel. — Articles : Agnosie, aphasie, apraxie, in Nouvelle pratique médico chirurgicale, 1911.

Ch. Mirallié. — L'aphasie sensorielle. Th. de Paris, 1896.

— L'aphasie, ses diverses formes. Gazette des Hôpitaux de Paris, 1896.

Moutier. — L'aphasie de Broca. Th. de Paris, 1908.

— L'aphasie in Pratique Neurologique de Pierre Marie, 1913.

A. Pelissier. — L'aphasie motrice pure. Th. de Paris, 1912.

Raymond. — L'apraxie, clinique de la Salpêtrière. Bulletin médical, mars 1909.

Regis. — Précis de Psychiâtrie, 1906.

Ribot. — Les maladies de la mémoire, 1901

Mlle Skwortzoff. — De la surdité et de la cécité des mots dans l'aphasie. Thèse de Paris, 1881.

Trousssau. — Leçons cliniques sur l'aphasie. Gazette des hôpitaux, 1864.

— Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1868-1873.

II. AMUSIE

Brazier. — « Revue philosophique », 1893.

Bronislawski. — Contribution à l'étude des amusies et de la localisation des centres corticaux. Thèse de Bordeaux, 1901.

Buttersack. Sur l'aphasie. Charité-Annales, 1900.

Courtier. -- Communication sur la mémoire musicale. Congrès de psychologie de Munich, 1892.

Daussat. — Causeries médicales sur la musique. Presse médicale, 1913-1914.

Donath. — Contribution à l'étude de l'amusie. Klinische Woche, 1907.

Dromard. — Autokinetisme dans l'exécution musicale. Société de psychiâtrie, 1908.

Edgreen. — Amnésie musicale. Deutsche schrifft 1914.

Dupré et Nathan. — Le langage musical, Congrès de Lisbonne, 1906.

— Le langage musical, étude médico-psychologique, 1911.

Ingegnieros. — Les aphasies musicales in Iconographie de la Salpêtrière.

— Troubles du langage musical chez les hystériques. Journal de psychiâtrie et neurologie, 1906.

— Psychophysiologie de l'émotion musicale. Archivos de psiquiatria, 1906.

— Aphasies musicales. Argentina médica, 1904.

— Le langage musical et ses troubles hystériques (Alcan éditeur), 1907.

Kast. — Troubles des facultés musicales chez les aphasiques, 1899.

Knoblauch. — Troubles de l'intelligence musicale par lésions du cerveau, 1899.

Lamy. — Amnésie musicale chez un aphasique sensoriel, Société de neurologie, 1907.

Lavignac. L'éducation musicale.

Lustritzki. — Contribution à l'étude du centre musical, société de psychiâtrie de St-Pétersbourg, 1907.

Mann. — Contribution à la chirurgie du cerveau.

Wallaschek. — Aphasie et expression musicale. « Revue philosophique », 1891

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

I. — Introduction..... 13

II. — Historique :
L'aphasie dans l'antiquité. — Systèmes de Gal, Bouillaud, Lordat. — Mémoires de Marc et Georges Dax. — Recherches anatomopathologiques de Broca. — Etude clinique de Trousseau. — L'école anglaise : aphasie ataxique, aphasie amnestique. — L'école allemande : aphasie d'expression, aphasie decompréhension. — L'école la Salpêtrière : doctrine de l'autonomie des centres ; doctrine de la subordination des centres (Magnan, Déjerine). — Recherches anatomopathologique et cliniques de Déjerine. — Théorie de Pierre Marie : anarthrie et localisation insulaire. — Théorie de l'apraxie (G. Ballet, Raymond). — Théories diverses de Froment et Monod, H. Bernheim. — Congrès de Londres..... 17

III. Etude clinique :
I. *Examen d'un aphasique.* — 1. Comment répond l'aphasique moteur, agrammatisme. — 2. Comment répond l'aphasique sensoriel. — 3. Surdité

verbale : paraphasie, jargonaphasie, procédés divers pour dépister la surdité verbale. — 4. Cécité verbale, cécité littérale, procédés d'examen, erreurs à éviter touchant le nom du malade, troubles latents, épreuve de Thomas et Roux. — 5. Agraphie, écriture spontanée, sous dictée, copiée, caractères de l'agraphie chez le moteur et le sensoriel. — 6. Epreuves synthétiques. Appréciation du niveau mental, examens particuliers (calcul, dessin, musique). — 7. Difficultés de cet examen 31

II. — Observations personnelles d'Aphasie :

1. Aphasie motrice vraie (corticale de Broca). — Caractères de cette aphasie. — Aphasie d'intonnation. — 2. Aphasie motrice vraie chez une polyglotte. — 3. Aphasie motrice vraie, examen des langues vivantes, rééducation. — 4. Aphasie motrice pure (sous-corticale de Dejerine) ; caractères de cette aphasie. — Apraxie. — 5. Aphasie transitoire par lésion thalamique. — 6. Aphasie mixte par lésion de la sylvienne 40

III. — L'Amusie :

I) 1. Communauté d'origines du langage et de la musique. — 2. Historique des amusies. — 3. Acquisition des notions musicales et formation des centres musicaux. — Etude des centres musicaux (centre tonal et centre verbal). — Centre moteur instrumental. — Réflexe moteur instrumental.

II) *Pathologie musicale*.. — 1. Coexistence de l'amusie et de l'aphasie. — 2. Syndromes amusiques. — 3. Application à l'amusie des théories

sur l'apraxie. — 4. Observation personnelle d'amusie et commentaire (perte des notions musicales, survivance chez les amusiques du rythme et du timbre, agnosie musicale. — 5. Discussion des cas d'amusie hystérique exposés par le professeur Ingenieros..... 73

IV. — Diagnostic différentiel des aphasies : I. *Surdité organique et surdité verbale :* Observation, caracteres différentiels. — II. *Cécité organique et cécité verbale* : Quelques cas d'erreur rapportés par les auteurs ou personnels. — III. *Diagnostic des troubles de la parole* : A. *Mutisme hystérique :* observation, éléments du diagnostic. — B. *Sclérose en plaques.* — C. *Paralysie pseudobulbaire.* 1. Observation d'un pseudo-bulbaire anarthrique pris pour un aphasique. 2. Causes d'erreur : l'hémiplégie chez les pseudo-bulbaires. — 3. La dysarthrie chez les pseudo-bulbaires : cas personnel. — 4. Hémiplégie bulbaire avec troubles du langage : observation ; diagnostic entre la dysarthrie et la jargonaphasie. — D. *Paralysie générale.* — 1) Persistance de troubles du langage chez les aphasiques guéris. — 2. Etude de l'aphasie dans la P. G. : pathogénie, ictus aphasiques de la P. G. 3. Observation personnelle d'un cas d'aphasie chez un P. G. — Conceptions délirantes au cours de l'aphasie, troubles complexes : observation personnelle. IV. — *L'aphasie et les troubles mentaux.* — I. Nécessité du diagnostic. — A. *Diagnostics faciles* (néologismes, mutisme asthénique. B. *Aphasie et démence* 1. leurs rapports. — 2. L'aphasie et les

états épileptiques : observation personnelle. — 3. L'aphasie et la démence sénile : observation personnelle. — 4. L'aphasie et la contusion mentale : observation personnelle..... 103

Conclusions 147

Birliographie 151